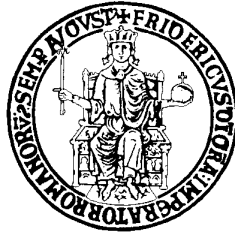


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II



DIPARTIMENTO DI ECONOMIA, MANAGEMENT, ISTITUZIONI

**La valutazione dell'efficacia delle partnership pubblico-privato in
ambito sanitario. Un modello multidimensionale**

Coordinatore

Ch.ma Prof.ssa Cristina Mele

Candidato

Dott. Fabio Della Neve

Tutor

Ch.ma Prof.ssa Simona Catuogno

Anno Accademico 2016/2017

Indice

Introduzione.....	4
-------------------	---

Capitolo I

Lineamenti economico-aziendali delle partnership pubblico privato: profili teorici

1. Inquadramento teorico delle partnership pubblico privato.....	9
1.1 Profili definitivi delle partnership pubblico privato.....	9
1.2 I riflessi economico-aziendali delle partnership pubblico privato.....	23
2. Le partnership pubblico privato in sanità.....	29
2.1 Il dibattito accademico sulle partnership pubblico privato in ambito sanitario.....	29
2.2 Le partnership tra le aziende sanitarie pubbliche e gli enti non-profit.....	50
3. Gli strumenti di valutazione delle partnership pubblico privato in sanità.....	57
3.1 Aspetti critici della valutazione della performance in ambito sanitario.....	57
3.2 Problematiche di adattamento degli strumenti di valutazione alle partnership pubblico privato in sanità....	80

Capitolo II

Il disegno della ricerca

1. La metodologia di indagine	85
-------------------------------------	----

1.1 Il “case study” longitudinale.....	86
1.2 I vantaggi dell’approccio partecipativo nello sviluppo del caso studio.....	92
2. Le fasi della ricerca.....	95
2.1 L’analisi dei sistemi di misurazione della performance preesistenti.....	96
2.2 Lo sviluppo del modello di valutazione della performance..	98
2.3 L’applicazione del modello al caso studio.....	103
3. Il caso studio oggetto di indagine: la partnership tra l’IRCCS Fondazione “G. Pascale” e l’A.V.E.P. Onlus.....	104
3.1 Il contesto di riferimento.....	104
3.2 Gli attori della partnership.....	124

Capitolo III

Lo sviluppo di un modello multidimensionale per la valutazione degli effetti della partnership pubblico non-profit in ambito sanitario

1. L’adattamento del modello della Balanced Scorecard.....	132
2. La verifica del modello attraverso un confronto tra le performance pre e post partnership.....	139
3. Considerazioni conclusive e spunti di riflessione per le ricerche	150
Conclusioni.....	153
Bibliografia.....	156
Sitografia.....	175

Introduzione

Per le organizzazioni sanitarie la cooperazione in rete rappresenta un'alternativa strategica per bilanciare una spesa sempre crescente e per ristrutturare un'offerta dei servizi ospedalieri spesso inadeguata alla domanda. In merito, infatti, a seguito delle riforme che hanno interessato il settore sanitario nel rispetto dei paradigmi del *New Public Management*, il forte orientamento verso logiche di mercato, criteri e strumenti di governo propri delle imprese private ha favorito il coinvolgimento di queste ultime nei processi di finanziamento e di erogazione dei servizi delle aziende sanitarie.

Tale processo è tuttora in atto, soprattutto in Italia. In questo Paese, infatti, la politica di *spending review* in ambito sanitario ha alimentato l'interesse scientifico e istituzionale verso il tema, sebbene ancora oggi non vi sia unanimità sul significato di partnership. Ciò è dovuto, in particolare, al pluralismo delle idee e ai molteplici approcci adottati nell'inquadramento del fenomeno che hanno favorito lo sviluppo di diversi filoni sul tema, trasversali a varie discipline. Sebbene tali circostanze favoriscano lo sviluppo del dibattito, esse ostacolano il perseguimento di un consenso generale su ciò che le partnership rappresentano e su come debbano essere esaminate.

Nel contesto sanitario, le partnership tra pubblico e privato (d'ora in avanti PPP) costituiscono una soluzione di governo delle relazioni adottata frequentemente. Inoltre, nel rispetto delle nuove modalità di gestione dei servizi pubblici, la letteratura sulle partnership ha analizzato diversi aspetti del fenomeno, concentrandosi in particolare sulle determinanti istituzionali della collaborazione, sui criteri di selezione dei partner, nonché sui costi e sui benefici per la gestione dei processi di cura.

Da un'accurata analisi della letteratura, è emerso però che le modalità di valutazione della performance delle PPP operanti in sanità, pur essendo un tema di indiscusso interesse nell'arena accademica nazionale e internazionale, allo

stato attuale, non è stato ancora sistematicamente interpretato. In merito, è importante notare che la gran parte degli studi si è concentrata sull'efficienza delle partnership, trascurando l'esame delle *performance* intangibili legate, ad esempio, alla soddisfazione degli *stakeholder* e alla qualità dei processi interni. Inoltre, è stato dedicato spazio limitato alle partnership che le aziende sanitarie istituiscono con gli enti non-profit, sebbene esse rappresentino una soluzione sempre più praticata.

Partendo da tali considerazioni, la presente ricerca si propone un duplice obiettivo. Sul piano teorico, il lavoro ha lo scopo di sistematizzare gli studi sulla valutazione della *performance* delle PPP operanti in ambito sanitario, con particolare riferimento alle partnership messe in atto con le organizzazioni non-profit. Dal punto di vista pratico, invece, la tesi si propone di sviluppare uno strumento, che in ossequio alle *best practice* e alle indicazioni fornite tanto dalla letteratura quanto dai *practitioner*, consenta di valutare la reale efficacia delle partnership in questione.

L'elaborato si sviluppa in tre capitoli. Nel primo, è offerta una rassegna della letteratura sul dibattito accademico nazionale e internazionale in tema di PPP, con particolare riferimento in ambito sanitario. La sistematizzazione degli studi sulle partnership in tale contesto consente di individuare due filoni di riferimento: i) le modalità attraverso le quali configurare le partnership per la soddisfazione dei destinatari dei servizi prestati e, ii) il contributo che i privati offrono nella gestione dei processi di cura. Sulla scorta di queste premesse, è compiuta un'analisi degli studi sulle partnership istituiti tra le aziende sanitarie pubbliche e le organizzazioni non profit. Infine, coerentemente all'obiettivo della ricerca, il capitolo offre una *review* della letteratura sugli strumenti di valutazione delle performance delle aziende sanitarie, focalizzandosi su quelli adottabili dalle PPP.

Nel secondo capitolo, è descritta la metodologia di ricerca adottata, motivando la scelta del *case study longitudinale* sviluppato seguendo un

approccio di tipo partecipativo. Inoltre, si descrivono in dettaglio le tre fasi in cui si è articolata la ricerca, con particolare riguardo alla raccolta dei dati e alle relative fonti. In merito, come illustrato estesamente nella sezione in discorso, lo studio è stato condotto attraverso una ricerca sul campo avvalendosi della collaborazione del Dipartimento di Ematologia di un Istituto di Ricovero e di Cura a carattere Speciale e di una Associazione non-profit che ne supporta buona parte delle attività.

Nel tentativo di colmare il gap esistente nella letteratura dedicata alla valutazione delle performance delle Partnership tra Pubblico e Privato operanti in sanità, nel terzo capitolo è stato sviluppato un modello di misurazione e valutazione dell'impatto delle partnership. In particolare, partendo dall'analisi del caso esaminato e dalla letteratura sul tema è stata sviluppata una *Balanced Scorecard* personalizzata per cogliere le diverse dimensioni di risultato su cui incidono le PPP di cui si discute, allo scopo di proporre uno strumento aggiornabile, replicabile e fruibile per tutte le realtà di questa natura.

I risultati dello studio mostrano gli effetti positivi della partnership sui processi di cura e di ricerca svolti dal Dipartimento di Ematologia esaminato e sui relativi risultati economico-finanziari, come pure i risvolti favorevoli per la soddisfazione dei pazienti e dei dipendenti. Nel contempo, inoltre, lo strumento proposto mette in luce i punti di debolezza della PPP guidando i successivi interventi strategici.

Pertanto, la presente ricerca offre diversi contributi sia sotto il profilo teorico che pratico. In primo luogo, evidenzia la mancanza di strumenti adeguati per la valutazione delle PPP operanti in ambito sanitario e si propone di colmare tale *gap* attraverso un adattamento degli strumenti adottati dalle aziende sanitarie tradizionali. In secondo luogo, estende i confini delle ricerche sulla valutazione delle performance delle PPP in ambito sanitario. In particolare, a differenza degli studi sulle partnership tra aziende sanitarie pubbliche e imprese private for profit, la presente ricerca sposta l'attenzione su quelle con enti privati non-profit, in qualità di destinatari del forte interesse scientifico degli ultimi

anni. Infine, lo sviluppo del modello multidimensionale presentato nelle sezioni conclusive del lavoro consente di valutare l'impatto delle partnership con riferimento alle molteplici dimensioni di risultato da esse prodotte sia sotto il profilo finanziario che non finanziario. Pertanto, la ricerca fornisce un contributo ai professionisti del settore attivi nelle aziende sanitarie pubbliche interessate da partnership con imprese private.

CAPITOLO I

Lineamenti economico-aziendali delle partnership pubblico privato: profili teorici

SOMMARIO: 1. Inquadramento teorico delle partnership pubblico privato 1.1 Profili definatori delle partnership pubblico privato 1.2 I riflessi economico-aziendali delle partnership pubblico privato 2. Le partnership pubblico privato in sanità 2.1 Il dibattito accademico sulle partnership pubblico privato in ambito sanitario 2.2 Le partnership tra le aziende sanitarie pubbliche e gli enti non-profit 3. Gli strumenti di valutazione delle partnership pubblico privato in sanità 3.1 Aspetti critici della valutazione della performance in ambito sanitario 3.2 Problematiche di adattamento degli strumenti di valutazione alle partnership pubblico privato in sanità

1. Inquadramento teorico delle partnership pubblico privato

1.1 Profili definitori delle Partnership Pubblico Privato

Le Partnership tra Pubblico e Privato (d'ora in avanti PPP) nascono dall'esigenza di soddisfare bisogni collettivi ritenuti indispensabili in un determinato contesto sociale e, al tempo stesso, di fronteggiare i problemi di scarsità di risorse che lo Stato è costretto ad affrontare.

L'elevata spesa pubblica, dovuta al forte indebitamento degli stati, e la scarsa qualità dei servizi offerti all'utenza, sono infatti considerati tra i principali fattori alla base della necessità comunemente sentita di ridefinire il ruolo dello Stato nella società e le logiche del suo intervento¹. In particolare, dagli inizi degli anni Novanta, le collaborazioni tra pubblico e privato si sono rivelate un utilissimo strumento di politica pubblica in numerosi Paesi e sono state sperimentate in diversi contesti e settori in precedenza caratterizzati dalla presenza del solo soggetto pubblico (es. trasporti, sanità, educazione, infrastrutture, ecc.). Ciò ha rappresentato una soluzione alternativa alla completa privatizzazione che permette da un lato di salvaguardare la natura pubblicistica del servizio erogato dal soggetto pubblico e, dall'altro, un recupero di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione pubblica conseguente alle sinergie realizzate tramite il coinvolgimento del soggetto privato.

Il coinvolgimento dei privati ha quindi rappresentato una soluzione concreta a queste problematiche, soprattutto riguardo lo sviluppo e il

¹ In merito è stata sviluppata la teoria del fallimento del settore pubblico, che rappresenta l'antitesi concettuale della teoria economica del fallimento del mercato. Infatti, mentre quest'ultima è diretta a giustificare l'intervento pubblico in ambito economico attraverso fattori individuati nell'asimmetria informativa, nelle esternalità positive e negative scaturenti dalla produzione, nei monopoli naturali e nell'esistenza dei cosiddetti beni pubblici puri, la teoria del fallimento del settore pubblico spiega le cause che stanno alla base del fallimento dell'intervento dell'amministrazione pubblica nella società. Per un approfondimento sulla teoria del fallimento del settore pubblico, si veda: Le Grande J. (1992), La teoria del fallimento del settore pubblico, in "Problemi di Amministrazione Pubblica", n° 3; Pierce W.S. (1981), Bureaucratic failure and public expenditure, Academic Press, New York; Hood C. (1974), Administrative diseases: some types of dysfunctionality in administration, in "Public Administration", vol. 52. Invece, per un approfondimento della teoria del market failure si consiglia: Frank R.H., (1998), Microeconomics and behavior, McGraw-Hill, New York.

finanziamento di infrastrutture pubbliche, ma talvolta anche nella gestione delle attività e dei servizi².

Il dibattito accademico e la ricerca sulle PPP hanno acquisito crescente rilievo negli ultimi trenta anni, anche in virtù delle numerose esperienze registrate in molti Paesi. Tuttavia, nonostante l'evoluzione degli studi su tale istituto manca ancora un quadro concettuale di riferimento a cui ancorare la riflessione teorica³.

L'evoluzione dell'attenzione nei confronti del tema si intende sia dal punto di vista scientifico⁴ che istituzionale⁵, sebbene non vi sia unanimità tra gli studiosi circa gli aspetti definatori che riguardano le partnership⁶. La difficoltà nel determinare una definizione condivisa si ripercuote su una chiara comprensione del fenomeno, determinando spesso l'abuso o l'uso improprio del

² In particolare, per un approfondimento sulle collaborazioni tra organizzazioni Pubbliche e Private sorte per affrontare le problematiche finanziarie degli enti pubblici, si veda: Maynard A. (1986), *Public and private sector interactions: an economic perspective* Soc. Sci. Med, 22(11), pp. 1161-1166; Zheng, J., Roehrich, J., Lewis, M. (2008), *The dynamics of contractual and relational governance: evidence from long-term public-private procurement arrangements*. J. Purch. Supply Manag., 14(1), pp. 43-54; Mahoney J.T., Mc Gahan A.M., Pitelis, C.N. (2009), *The interdependence of private public and public interests*. Organization science, 20(6), pp. 1034-1052; Anderson S. (2012), *Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organisations*. Soc. Sci. Med. 74 (3), pp. 313-322.

³ Cit. Cuccurullo C. (2005), *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità. Meccanismi di governance*. Cedam, Padova; Inoltre, per analizzare effettivamente la mancanza di teorie solide di riferimento per le PPP, si veda Kivleniece I., Quelin B. (2012), *Creating and capturing value in public-private ties: a private actor's perspective*. Acad. Manag. Rev. 37(2), pp. 272-299.

⁴ Linder S. H., Vaillancourt Rosenau P. (2000), *Mapping the Terrain of the Public-Private Policy Partner-ship*, Public-Private Policy Partnerships, edited by Pauline Vaillancourt Rosenau. Cambridge MA: MIT Press, 1-18; Van Ham H. e Koppenjam J. (2003), *Building public-private partnerships: Assessing and managing risks in port development*, Publ. Manage. Rev., 3(4), pp. 593-616.; Capasso A., (2002), *Finanza di Progetto. Risorse pubbliche e private per il finanziamento delle opere di pubblica utilità*, Franco Angeli, Milano; Skelcher, C. (2005). *Public-private partnerships and hybridity*, in Ferlie E., Lynn L. J. junior, e Pollitt C., *The Oxford Handbook Of Public Management*, Oxford: Oxford University Press; Hodge, G. A. e Greve C. (2007), *Public-Private Partnerships: An International Review*, Public Administration Rev., US, 67(3), pp.545-558; Amatucci, F. e Vecchi V. (2009), *Le operazioni di project finance: stato dell'arte e indicazioni per il futuro*, OCAP, Milano; Amatucci, F. e Vecchi V. (2010), *Manuale di finanza per le aziende e le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

⁵ Banca Mondiale, 2003; Commissione Europea, 2004; OCSE, 2008.

⁶ Per una analisi sull'evoluzione degli aspetti definatori si veda Bloomfield P. (2006), «The Challenging Business of Long-Term Public-Private Partnerships: Reflection on Local Experience», *Public Administration Review*, 66(3), pp. 400-411; Cappellaro G. e Marsilio M. (2007), *Le collaborazioni pubblico- privato per la gestione dei servizi sanitari: riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze internazionali e nazionali*. Mecosan 63, pp.9-36; Cuccurullo C., (2005), *Op.cit*; Marsilio M. (2009), «Public private partnership: un'analisi bibliometrica», *Azienda Pubblica*, n. 2, pp.357-382.

termine PPP, palesando talvolta una estrema ambiguità tra professionisti e ricercatori.

In questa prima parte del lavoro, le PPP saranno descritte inizialmente in modo ampio, considerando non solo gli approcci e le esperienze tradizionali, ma anche quelle più diffuse negli ultimi anni. I contributi accolti sul tema vanno spesso oltre la prospettiva economico-aziendale, in linea col ritenere il pluralismo rilevante per un'adeguata analisi delle partnership⁷. Successivamente, si osserverà il tema sotto una lente aderente ai principi dell'economia aziendale.

Il pluralismo di idee riguardante le PPP apre di fatto la strada a differenti approcci. Se da un lato questo elemento rappresenta un punto di forza, dall'altro può costituire un ostacolo al perseguimento di un consenso generale su ciò che le partnership sono e su come debbano essere esaminate.

Un contributo importante per chiarire molteplici aspetti relativi alle PPP è stato fornito da Osborn⁸, che ha individuato cinque filoni di letteratura sviluppati sul tema:

- la natura organizzativa della collaborazione (comprese le questioni strutturali, la *resource dependency theory* e il paradigma istituzionale);
- la letteratura sul management pubblico, di matrice anglo-americana, che pone l'accento sugli aspetti di gestione e sulle relazioni contrattuali;
- la prospettiva di governance pubblica, con particolare attenzione al governo delle relazioni all'interno delle reti e alla rilevanza del contesto;
- la letteratura sullo sviluppo delle comunità locali;
- la letteratura empirica sul processo e l'impatto delle partnership sull'erogazione di servizi locali.

⁷ Cuccurullo C., Cepiku D., Murdock A. (2009), Dalle infrastrutture economiche alle infrastrutture sociali. Il punto sulle partnership pubblico privato nel settore sanitario. *Mecosan*. 18(71), pp. 9-13.

⁸ Osborne S. (2000), *Public-Private Partnerships. Theory and practice in international perspective*, Routledge, London.

Hodge e Greve (2007)⁹, nel tentativo di categorizzare le diverse tipologie di partnership, hanno identificato cinque famiglie di PPP, a partire dalla fisionomia assunta dagli assetti istituzionali: la cooperazione istituzionale, i contratti di infrastruttura di lungo termine, i network di politica pubblica, i partenariati con la società civile per il recupero urbano e lo sviluppo economico.

Nel tempo, gran parte degli studiosi¹⁰ consideravano le PPP come un'iniziativa in grado di generare nuove opportunità in termini di finanziamento, sviluppo di risorse umane e tecnologiche, altrimenti impossibili da sviluppare con il solo contributo dello stato. Frequentemente, le caratteristiche profondamente diverse delle imprese private rispetto a quelle pubbliche hanno spinto i ricercatori a considerare in maniera preponderante l'una o l'altra perdendo spesso di vista le interdipendenze che le accomunano quando insieme danno vita ad una partnership.

Per esempio, gli studiosi di *management* tradizionale tendono a considerare i privati quale principale unità di analisi, mentre quelli che si occupano del settore pubblico spesso si concentrano maggiormente su organizzazioni governative, regionali o comunali¹¹. D'altro canto, buona parte della letteratura è concorde sul fatto che gli interessi pubblici e privati non possono pienamente essere compresi se sono concepiti in maniera separata¹².

Infine, approcciando il fenomeno sotto la prospettiva economico-aziendale, nascono nuovi spunti per un ulteriore dibattito, tra chi analizza le PPP

⁹ Hodge G.A. e Greeve C. (2007), *Op. cit.*

¹⁰ Si veda Bovaird, T. (2004), Public-Private Partnerships: from Contested Concepts to Prevalent Practice, *International Rev. of Administrative Sciences*, 70(2), pp. 199-215; Savas E.S., (2000), *Privatization and Public-Private Partnerships*, Seven Bridges Press: New York; Linder S.H. (1999), Coming to Terms with the Public - Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings. *American Behavioral Scientist* 43(1), pp. 35-51; O'looney, J. (1992), Public-private partnerships in economic development: negotiating the trade-off between flexibility and accountability. *Economic Development Rev.*, 10(4), pp. 14-22.

¹¹ Cit. Mahoney, J.T., Mc Gahan, A.M., Pitelis, C.N. (2009), *Op. cit.*

¹² Sul punto, si può approfondire l'analisi attraverso uno studio dei seguenti lavori: Barney, J. B. (2005), Should strategic management research engage public policy issues? *Acad. Management J.*, 48(6), pp. 945-948; Hitt M. A. (2005), Management theory and research potential contribution to public policy and public organizations. *Acad. Management J.*, 48(6), pp. 963-966.; Jacobides, M. G. (2008), Financial meltdown, global recession, and academic failings: Why we should have known better and why we need to understand industry architectures. Working paper, London Business School, London.

nella sua interezza oppure chi preferisce la prospettiva delle aziende che le formano, considerandole semplicemente parte di una rete più vasta¹³.

In questa sede si proverà a sintetizzare le diverse posizioni, dando successivamente un punto di vista che si concentri sulle interdipendenze che lo caratterizzano. Difatti una visione che si concentri maggiormente su una delle due entità che caratterizzano la partnership potrebbe rivelarsi miope.

Infine, si discuterà delle principali proposte pervenute in letteratura in merito alla scelta fra investimento pubblico e privato in diversi contesti e con particolare riferimento alle forme di PPP.

Tornando alla problematica inerente la mancanza di una definizione che sia condivisa universalmente, diversi sono stati i tentativi sia in ambito accademico che istituzionale. Ciò si ripercuote anche sulla scelta da parte dei diversi studiosi di adottare diverse prospettive di analisi. In particolare, vale la pena considerarne due.

Da un lato, le PPP sono viste come contratti che rappresentano un meccanismo di governance volto a ridurre i costi di transazione nella erogazione di servizi pubblici¹⁴, specialmente attraverso la privatizzazione e l'*outsourcing*¹⁵.

In una alternativa prospettiva sociologica, le PPP rappresentano un paradigma di governance per gestire l'interdipendenza delle organizzazioni pubbliche e private, for profit e non-profit¹⁶. Secondo quest'ultima prospettiva, l'adattamento reciproco delle strategie pubbliche e private diventa un requisito fondamentale per il successo delle numerose PPP che operano nei diversi settori.

¹³ Cuccurullo C., *Op. cit.*

¹⁴ Si veda Williamson O.E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York.

¹⁵ Savas E.S., (2000), *Op.cit.*

¹⁶ Castells M. (1998), *The Rise of the Network Society*, Malden-Oxford, Blackwell Publishers. Cambridge.

In sintesi, le PPP rappresenterebbero un nuovo paradigma di governance pubblica per migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'erogazione del servizio pubblico.

Come è possibile notare dai vari tentativi definitivi, la letteratura è concorde circa alcune caratteristiche delle operazioni di PPP, prima fra tutte la durata: le partnership comportano un impegno a lungo termine che può continuare per un certo numero di anni.

In secondo luogo, la condivisione del rischio sembra essere una componente vitale: entrambi i soggetti sono in una partnership, insieme ed a parità di condizioni, pertanto dovranno sostenere i rischi connessi.

In terzo luogo, esse producono congiuntamente qualcosa - un prodotto o un servizio pubblico - a vantaggio di una terza parte, la collettività in generale.

Proprio con riferimento agli aspetti relativi alla collaborazione e alla condivisione dei rischi, le PPP sono state definite dal HM Treasury (2008) come “un accordo tra due o più entità che permette loro di lavorare in modo cooperativo verso obiettivi condivisi o compatibili e in cui vi è un certo grado di autorità e di responsabilità, un congiunto investimento di risorse, la compartecipazione dei rischi e un reciproco vantaggio¹⁷.

Le PPP sono inoltre definite come uno strumento attraverso il quale combinare le risorse pubbliche con quelle private (profit o no profit) al fine di raggiungere obiettivi sociali¹⁸.

Altro tentativo di definizione configura l'istituto come un accordo tra governo e imprese private in cui queste ultime partecipano al processo decisionale e alla produzione di un bene o un servizio pubblico che è stato tradizionalmente fornito dal settore pubblico e in cui condivide il rischio di tale produzione¹⁹.

¹⁷ Her Majesty's Treasury (2008), Infrastructure procurement: delivering long-term value.

¹⁸ Skelcher, C. (2005), *Op.cit.*

¹⁹ Forrer, J., Kee, J.E., Newcomer, K.E., and Boyer, E. (2010), Public-private partnerships and the public accountability question. *Public Administration Rev.*, 70 (3), pp. 475-84

Rispetto agli effetti delle Partnership, alcuni le considerano come "la" risposta a molti problemi di crescita economica e di sviluppo che affrontano i governi statali e locali di oggi, mentre altri esprimono diversi gradi di scetticismo circa la loro attrattiva e l'efficacia. Tuttavia, la maggior parte della letteratura sembra concordare sul fatto che le PPP probabilmente rappresentano una importante forma di progettazione e attuazione di strategie di sviluppo economico²⁰.

Alcuni studiosi di management pubblico definiscono invece le PPP attraverso una lente istituzionale, come «una cooperazione di una certa durata tra attori pubblici e privati che sviluppano congiuntamente prodotti e servizi condividendo rischi, costi e risorse che sono collegati alla loro attività congiunta»²¹. Questa definizione sintetizza i principali concetti esposti finora, ed ha i vantaggi di cui si è discusso in apertura di paragrafo.

I principali aspetti legati a queste caratteristiche delle Partnership, aprono all'economia aziendale quale disciplina adatta all'indagine, in quanto può offrire efficaci soluzioni per creare e sostenere un perdurante allineamento degli obiettivi tra i diversi soggetti chiave della collaborazione.

In tal senso, un ulteriore tentativo definitorio, ricompreso nella più ampia prospettiva economico-aziendale, vede la partnership in termini interorganizzativi e concepisce i "*policy networks*" come uno speciale regime di cooperazione tra pubblico e privato.

A tale proposito, la letteratura sulle reti di network è assai vasta²² ed enfatizza l'intreccio e la cooperazione di attori pubblici e privati in contesti interorganizzativi²³. È noto infatti, che gran parte delle politiche pubbliche,

²⁰ Mullin, S.P. (2002), *Public-Private Partnerships and State and Local Economic Development: Leveraging Private Investment*, U.S. Economic Development Administration.

²¹ Van Ham H. e Koppenjan J. (2003), Op. cit..

²² Börzel, T. (1998). Organizing Babylon: On the Different Conceptions of Policy Networks. *Public Administration* 76(2), pp. 253–273; Kickert W., Klijn E.H., Koppenjan J. (1997), *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*, Sage Publications, London; Klijn, E.H., Koppenjan J. (2000), *Public Management and Policy Networks. Foundations of a Network Approach to Governance*. *Public Management Review* 2(1), pp. 35-58; Brinton Milward H., Provan K.G. (2000), *Governing the Hollow State*. *J. of Public Administration Research and Theory* 10 (2), pp. 359-380

²³ Hodge G.A. e Greeve C. (2007), *Op.cit.*

compresa l'assistenza sanitaria, sono gestite attraverso reti di organizzazioni, piuttosto che essere di esclusiva competenza di una singola organizzazione²⁴. Nel prossimo paragrafo, nel dare risalto alla rilevanza aziendale delle PPP sarà approfondito quest'ultimo approccio.

La varietà degli studi e degli approcci che interessa le PPP ha quindi reso necessaria una sistematizzazione degli stessi, attraverso la creazione di una sorta di agenda di ricerca²⁵, che ha indotto numerosi studiosi appartenenti a differenti ambiti disciplinari a scrivere sul tema. Tuttavia, nonostante diversi tentativi non è ancora emersa una chiara e definita comunità di ricerca.

Un ulteriore tema di discussione che alimenta il dibattito sulla concezione di PPP è sintetizzato da Hodge e Greve (2007)²⁶, i quali individuano due differenti interpretazioni del fenomeno. Da un lato, c'è chi ritiene le PPP uno strumento di *governance*; dall'altro, chi sostiene questo sia un "*language game*" dietro il quale si celano altri interessi. Con riferimento alla prima concezione, gli autori identificano almeno due dimensioni rilevanti relativamente agli accordi che caratterizzano le PPP. La prima è la dimensione finanziaria, la seconda quella organizzativa. Attraverso queste dimensioni si prova a chiarire in che modo gli attori pubblici e privati si impegnano finanziariamente e come si coordinano tra loro ai fini di una cooperazione nell'istituzione e nell'implementazione dell'accordo.

²⁴ Si veda Klijn E.H. e Koppenjan J. (2008), «Progettazione istituzionale: il cambiamento degli assetti istituzionali dei network». A cura di Meneguzzo M. e Cepiku D. , network pubblici, McGraw-hill, Milano.

²⁵ Si veda Froadbent J. e Laughlin R. (1999), «The Private Finance Initiative: Clarification of A Future Research Agenda», *Financial Accountability and Management*, 15(2), pp. 95-114; Osborn (2000), *Op.cit.*

²⁶ Hodge G.A. e Greve C. (2007), *Op.cit.*

Tab.1: Una disamina delle tipologie di Partenariati Pubblico-Privato basati sulle dimensioni organizzative e finanziarie

Dimensione Finanziaria/ Organizzativa	Relazione organizzativa stretta	Relazione organizzativa larga
Relazione finanziaria stretta	Joint-venture, Joint stock companies, Progetti di sviluppo comuni	Build operate and transfer (BOT) ²⁷ , Lease-back
Relazione finanziaria larga	Comunità politiche	Reti di network

Fonte: Hodge G.A. e Greve C., 2007.

Considerando congiuntamente le dimensioni appena enunciate e rappresentate nella tabella sopra riportata, a seconda dell'intensità della relazione che si viene a creare si generano delle partnership più o meno formalizzate.

La necessità di allargare gli orizzonti delle organizzazioni private e pubbliche al fine di creare delle alternative valide in riferimento alla *governance* ha fatto sì che si sviluppassero dei lavori che concepissero le PPP come un modello di governo che si inserisce nello spazio libero tra la gerarchia che caratterizza le imprese private e la burocrazia che contraddistingue quelle pubbliche²⁸, evidenziando una serie di forme ibride di governo aziendale che sono in possesso di caratteristiche diverse dal mercato, dal potere e dalle classiche strutture basate sulle alleanze²⁹.

²⁷ Si tratta di una Partnership tra Pubblico e Privato in cui il primo affida all'operatore privato la progettazione, il finanziamento, la costruzione di un'opera e la gestione del servizio correlato (opere cosiddette a tariffazione sull'utenza), i cui ricavi contribuiscono totalmente o in parte alla copertura dei costi (di gestione e di investimento) e alla remunerazione dei capitali investiti.

²⁸ Si veda Williamson O.E. (1999), Public and private bureaucracies: A transaction cost economics perspectives. J. of law, economics & organization, 15(1), pp. 306-342.

²⁹ Kivleniece, I. and Quelin B. V. (2012), *Op.cit.*

Altra parte della letteratura interpreta invece il fenomeno PPP come un “*Language Game*”. Secondo tale concezione, dietro le partnership di questo tipo si nasconderebbero strategie e scopi diversi da quelli analizzati finora, come la privatizzazione e l'incoraggiamento di operatori privati per la fornitura di servizi pubblici a scapito delle organizzazioni pubbliche stesse e di chi ne usufruisce³⁰. Di conseguenza, molti studiosi³¹ concordano sul fatto che l'uso del termine PPP debba essere considerato in relazione a concetti affini al “*contracting out*” e alla “privatizzazione”.

Savas (2000)³² ammette apertamente che “*contracting out*” e “privatizzazione” sono espressioni che generano opposizione e che termini come “sistemi di distribuzione alternativi” e “partnership pubblico privato” invitano le organizzazioni pubbliche a partecipare al dibattito e consentono ai privati di ottenere una quota di mercato della fornitura di servizi pubblici che non sarebbero altrimenti in grado di acquisire.

Linder (1999)³³ ha posto attenzione alla frequente associazione del termine PPP con le politiche legate ai processi di privatizzazione e alla «Private Finance initiative (PFI)» lanciata nel 1992 nel Regno Unito³⁴. Quest’ultima, concentrandosi inizialmente su progetti di larga scala quali scuole e ospedali, si è orientata successivamente verso la fornitura di servizi pubblici, in particolare nelle aree della riqualificazione urbana, dell’*housing*, e degli interventi socio-sanitari³⁵.

In realtà, formalmente, assimilare le PPP ad una privatizzazione apparirebbe una forzatura, in quanto la titolarità della funzione resta pubblica.

³⁰ Cit. Linder S.H. (1999), *Op.cit.*

³¹ Teisman, G e Klijn E.H., (2001) . Public – Private Partnerships in the European Union: Official Suspect, Embraced in Daily Practice . In Public – Private Partnerships: Theory and Practice in International Perspective , a cura di Stephen Osborne, pp.165-186, New York; Linder S.H. (1999), ibidem; Savas E.S. (2000), *Op.cit.*

³² Savas, E.S., (2000), *Op. cit.*

³³ Cit. Linder S.H. (1999), *Op.cit.*

³⁴ Smith, R. C. e Walter I., (1990) Global Financial Services: Strategies for Building Competitive Strengths, in International Commercial and Investment Banking, New York: Harper Business, capitolo 9, pp. 214-219.

³⁵ Si veda Balloch, S., Taylor M. (2001) Partnership Working: Policy and Practice, Bristol: The Policy Press.

Mentre i ruoli e le responsabilità dei partner privati possono differire su iniziative di assistenza individuali, il ruolo generale e le responsabilità del settore pubblico non cambiano. Tuttavia, in sostanza, il timore di rendere servizi pubblici, talvolta di primaria necessità, alle condizioni dei privati appare condivisibile.

In linea generale, considerata l'importanza delle funzioni svolte dalla Pubblica Amministrazione nell'ambito di tali forme di cooperazione, in termini di programmazione, di indirizzo e di controllo, nonché in termini economici, sembra condivisibile la tesi secondo la quale le forme di PPP non costituiscono esecuzione di un processo di privatizzazione delle funzioni pubbliche, dal momento che l'azione combinata tra pubblica amministrazione e soggetti privati può generare effetti positivi per la collettività, atteggiandosi a strumento alternativo alla stessa privatizzazione³⁶.

Tuttavia le numerose forme di PPP potenzialmente a disposizione³⁷ non aiutano nell'interpretazione del fenomeno e alimentano il dibattito accademico complicando ulteriormente la ricerca di una definizione che sia universalmente condivisa.

Inoltre, i governi dislocati nei diversi territori spesso valutano in modo contrastante le PPP. L'Australia per esempio considera in maniera completamente distaccata il fenomeno delle PPP con la privatizzazione, mentre la Gran Bretagna tende ad assimilarli³⁸.

Da quanto emerso, la dottrina non è riuscita ancora ad abbracciare completamente il fenomeno che, sicuramente complesso e trasversale a diverse discipline, non rappresenta una novità nello scenario economico internazionale.

³⁶ A conferma di tale tesi: Teisman G., Klijn E.H. (2001), *Op. cit.*; Linder S.H. (1999), *Op.cit.*; Savas, 2000, *Op.cit.*.

³⁷ Si veda Hodge G.A. e Greeve C. (2007), *Op. cit.*, che, come visto in precedenza, nel tentativo di categorizzare le diverse partnership, hanno identificato cinque famiglie di PPP.

³⁸ Si veda Rossi M. e Civitillo, R., (2014), 'Public private partnerships: a general overview in Italy', *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 109, pp. 140-149.

D'altro canto, anche facendo riferimento a definizioni di tipo istituzionale, ci si rende conto che le PPP non sono chiaramente inquadrate né a livello nazionale, né a livello comunitario. Con tale locuzione viene, infatti, indicata una vasta gamma di modelli di cooperazione tra il settore pubblico e quello privato³⁹.

Sulla questione è intervenuta anche la Commissione dell'Unione Europea la quale, in una Comunicazione sulle PPP del 2005, rivolta agli Stati membri dell'Unione, ha sottolineato che «l'interesse per queste forme di associazione è dovuto in parte, ai vantaggi che le autorità pubbliche potrebbero trarre dal *know-how* del settore privato, soprattutto ai fini di un aumento dell'efficienza e, in parte, ai vincoli dei bilanci pubblici»⁴⁰.

Il dibattito in ambito istituzionale ha dato inoltre origine alla pubblicazione, il 30 aprile 2004, del Libro Verde relativo ai partenariati pubblico privato⁴¹, e ad una serie di norme nell'ambito del diritto comunitario degli appalti pubblici e delle concessioni.

Attraverso il primo la Commissione ha provato ad inquadrare in modo unitario molte delle problematiche che compongono il tema, lasciando in disparte un approccio casistico invalso nelle prassi nazionali. Il Libro verde distingue due categorie di partnership in base agli strumenti giuridici attraverso i quali si realizzano tali operazioni:

- partenariato contrattuale;
- partenariato istituzionalizzato.

Il primo è basato su legami contrattuali tra i soggetti partecipanti alle operazioni, in base ai quali uno o più compiti vengono affidati ad un privato. In questo contesto, uno dei modelli più conosciuti è quello concessorio,

³⁹ Maynard, A. (1986), *Op.cit* ; Zheng, J., Roehrich, J., Lewis, M., (2008), *Op.cit.*; Anderson S. (2012), *Op.cit.*

⁴⁰ Commissione Europea (2005), Comunicazione sui Partenariati Pubblico-Privati, COM, 569.

⁴¹ I partenariati pubblico privato rientrano tra gli accordi di Partnership tra organizzazioni pubblico e privato formalizzati e regolamentati, nonchè osservati in questo elaborato.

caratterizzato dal legame diretto esistente tra il partner privato e l'utente finale; il secondo, invece, implica l'esistenza di una struttura societaria detenuta congiuntamente dal partner pubblico e da quello privato, avente la missione di assicurare la realizzazione di un'opera o la gestione di un servizio a favore della collettività.

Secondo la Banca Mondiale (2003), «le PPP si riferiscono agli accordi, in genere di medio-lungo termine, tra il settore pubblico e quello privato, per cui una parte dei servizi o lavori che ricadono sotto la responsabilità del pubblico settore sono forniti dal settore privato, attraverso degli accordi chiari finalizzati alla consegna di infrastrutture pubbliche e / o servizi pubblici».

Infine, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) definisce le PPP come <<un accordo a lungo termine tra il governo e un partner privato in cui gli obiettivi di erogazione dei servizi del governo sono allineati con gli obiettivi di profitto del partner privato>>. In particolare, attraverso un rapporto del 2008 redatto dal *Public Governance Committee* dell'OCSE (2008) sono stati elencati ben quattordici tipi di PPP che vanno dai tradizionali sistemi di acquisti pubblici a formule più affini alla privatizzazione.

A livello nazionale, la situazione non migliora⁴². Pertanto, la disciplina appare variegata e poco uniforme, riferendosi a diverse fonti legislative, il che implica anche una scarsa chiarezza in merito agli aspetti definitori.

In conclusione, si riportano delle interessanti considerazioni relative agli studi che hanno provato a comprendere quale fosse la scelta migliore rispetto all'investimento pubblico o privato, ovvero un elemento di criticità che compete ai governi dinnanzi a determinate situazioni.

Si considerino due possibili tipi di relazione fra governo e impresa per la creazione di un servizio o un'opera pubblica: un contratto fra un ente pubblico e un'impresa privata, o la gestione pubblica dell'impresa. Se i contratti fossero completi e se non fosse presente l'asimmetria informativa tra governo e

⁴² Per un approfondimento sulla disciplina delle PPP in Italia si rinvia al paragrafo 3.1 del capitolo 2 del presente elaborato.

imprese, il problema sulla migliore scelta non persisterebbe. Tuttavia, in virtù dell'impossibilità di redigere contratti completi e di evitare asimmetrie informative esiste una soluzione migliore dell'altra, e ciò rende la scelta di notevole complessità.

Diversi studiosi⁴³, hanno proposto un'analisi teorica sulle PPP ispirandosi alla teoria dei contratti incompleti per l'analisi dell'integrazione verticale fra imprese⁴⁴. Hart, Shleifer and Vishny (1997)⁴⁵ basano la loro analisi sugli incentivi che le due diverse forme di gestione offrono per migliorare la qualità della produzione o erogazione dei servizi riducendo gli sprechi. In sostanza, un manager pubblico che guida un investimento ha pochi incentivi a fare entrambe le cose, dal momento che spesso la propria remunerazione non è legata al raggiungimento degli obiettivi. Ovviamente, vale il discorso inverso per un manager operante in una impresa privata. Tuttavia, un'eccessiva attenzione sui costi potrebbe avere effetti negativi sulla qualità, specie in settori in cui l'elemento economico assume natura necessariamente secondaria, come la sanità o l'istruzione. Pertanto, a seconda dei settori di riferimento, del livello di qualità richiesto, e del livello di economicità, possono derivare delle scelte piuttosto che altre.

Le PPP si inseriscono tra le soluzioni ibride, in virtù della collaborazione che richiedono tra la Pubblica Amministrazione e le imprese.

L'altro problema di cui tenere conto è quello relativo alla presenza di asimmetria informativa a favore di chi dirige l'impresa o i lavori pubblici⁴⁶. Nel caso di delega ai privati occorre necessariamente lasciare loro una rendita

⁴³Hart O., Shleifer A., Vishny R. (1997), The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons, *Quarterly J. of Economics*, 112(4), pp. 1127-1161; Shleifer A., (1998), State versus Private Ownership, *Journal of Economic Perspectives*, 12(4), pp. 133-50; Hart O. (2002), Incomplete contracts and Public Ownership: Remarks and an Application to Public-Private Partnerships, mimeo, Harvard; Balduzzi P., (2006), Models of Partnerships, Working Paper N. 96, Economics Department, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

⁴⁴ A proposito dell'integrazione verticale fra imprese, si veda Grossman S. e Hart O. (1986), The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration, *J. of Political Economy*, 94(4), pp. 691-719; Hart O., (1990), *Firms, Contracts and Financial Structure*, Oxford University Press.

⁴⁵ Hart O., Shleifer A., Vishny R. (1997), *Op.cit.*

⁴⁶ Laffont J.J., Tirole J., 1993, *A Theory of Incentives in Regulation and Procurement*, Cambridge, MIT Press

associata all'asimmetria informativa dovuta ai fenomeni di *adverse selection* o di *moral hazard*. Tale problematica è rilevante in quelle attività i cui risultati non sono chiaramente misurabili, e che quindi si prestano ad una accurata verifica prima di essere eventualmente oggetto di accordi con i soggetti privati. Successivamente, il tema sarà trattato in maniera approfondita con riferimento al contesto sanitario, che rappresenta un ambito in cui tali problematiche tendono a presentarsi in maniera ricorrente.

1.2 I riflessi economico-aziendali delle partnership pubblico privato

Il tentativo di analizzare le PPP nella prospettiva economico-aziendale rende necessario tenere in considerazione alcuni problemi concettuali che si ricollegano alla mancanza di un chiaro quadro teorico concettuale di riferimento sul tema.

In primo luogo bisogna ricercare l'oggetto d'indagine al quale applicare le logiche e gli strumenti propri della disciplina: le PPP nella loro interezza oppure le aziende che le formano, considerandole semplicemente parte di una rete più vasta?⁴⁷ A seconda dell'oggetto di analisi scelto si privilegierebbero prospettive diverse.

Se si considerano le singole unità che formano le partnership avremmo una prospettiva prevalentemente contrattualistica, centrata su transazioni che avvengono in contesti regolati tra entità differenti fra loro.

Nel secondo caso l'unità di indagine sarebbe la partnership nella sua interezza, privilegiando dunque una prospettiva istituzionale, fondata sull'idea di un'attività umana, perdurante nel tempo e diretta al soddisfacimento di bisogni.

E' possibile, come già detto in precedenza, associare alle PPP elementi quali:

- la durezza dei rapporti di collaborazione;

⁴⁷ Cuccurullo C. (2005), *Op.cit.*

- la formazione di regole comuni a valere nel tempo;
- la definizione di una visione comune;
- la necessità di coordinamento tra le parti;
- la ripartizione dei rischi.

Elencare nuovamente le principali peculiarità insite nelle PPP favorisce l'interpretazione del fenomeno nell'ottica sistemica, in quanto, in maniera combinata, le organizzazioni che operano attraverso partnership consumano risorse, producono e scambiano beni e servizi, erogano ricchezza, e sono quindi valutabili per il loro ordinamento economico⁴⁸.

Pertanto, pur con la dovuta cautela imposta dalla complessità del fenomeno, le PPP sono configurabili come aziendalmente rilevanti e inquadrabili come soggetto unitario. L'impostazione atomistica apparirebbe infatti riduttiva dal momento che le interdipendenze rappresentano una caratteristica fondamentale delle PPP⁴⁹.

Inoltre, bisogna tener conto del fatto che le partnership possono riguardare collaborazioni di vario tipo, come per esempio quelle tra aziende pubbliche e non-profit, piuttosto che tra aziende pubbliche e for profit. Ciò tenendo in considerazione che tale strumento raggruppa unità aziendali che svolgono, in maniera combinata, se pur diversa, tutte le tipologie di attività economica, dalla produzione di beni o servizi fino a giungere all'erogazione e al consumo.

La peculiarità della struttura di governance delle partnership, ovvero le interdipendenze esistenti tra le entità che le compongono, fa sì che queste siano osservabili nell'ambito degli studi sui *network* aziendali in ambito pubblico⁵⁰.

⁴⁸ L'economia aziendale ha appunto per oggetto lo studio dell'ordinamento economico, e quindi delle aziende, intese quali soggetto autonomo, e quindi unitario. Primo fra tutti a delimitare il campo disciplinare di studio delle aziende è stato G.Zappa. Si veda anche: Viganò E. (1996), *L'economia aziendale e la ragioneria*, Cedam, Padova.

⁴⁹ Mahoney, 2009, *Op.cit.*

⁵⁰ Cuccurullo C., 2005, *Op.cit.*

Inoltre, le PPP occupano un vasto settore di indagine, in quanto possono riguardare collaborazioni di vario tipo e nei settori più disparati, il che le rende ulteriormente adeguate ad essere associate ai *network* aziendali.

Il filone relativo agli studi sui *network* aziendali in ambito pubblico⁵¹ si è consolidato negli anni a seguito del proliferarsi di forme di relazioni interaziendali, a partire proprio dalle PPP. In particolare, la ricerca della comunità accademica sui *network*, soprattutto degli studiosi di strategia aziendale, si sta spingendo verso filoni di ricerca sempre più specializzati: l'opportunismo dei partner, i gruppi strategici, i *network* strategici con i fornitori, l'accesso ai fattori complementari, l'apprendimento organizzativo nelle alleanze, la fiducia interna, le risorse del *network*, le caratteristiche dei *network* che facilitano l'adattamento fra partner, la legittimazione esterna di cui gode l'azienda che partecipa ad un *network*.

Per definire i *network* che sorgono in ambito pubblico, possono essere accolte due nozioni: secondo un approccio di tipo strategico, i *network* possono intendersi, in generale, come qualsiasi relazione di natura non competitiva ovvero, collaborazioni tra aziende autonome che condividono obiettivi e, mirano a sfruttare i vantaggi delle funzionalità reciproche⁵².

Secondo un approccio di tipo sociologico, si definiscono come l'insieme delle relazioni interorganizzative tra diversi istituti, che comportano condivisione di fattori specifici, incluse informazioni e competenze⁵³. Secondo questa prospettiva, la capacità di un'azienda di formare *network* è determinata dal suo posizionamento nella struttura delle precedenti reti.

Al fine di inquadrare i *network* che sorgono in ambito pubblico sembra possibile accettare entrambi le nozioni in quanto le prospettive offerte ben si

⁵¹ In tal senso, si veda Börzel, T.A. (1998), *Op. cit.*; Kickert W., Klijn E.H., Koppenjan J. (1997), *Op.cit.*; Brinton Milward, H. B. e Provan, K. G. (2000), *Op.cit.*

⁵² Mohr J., Spekman R. (2006), Characteristics of partnership success: Partnership attributes, communication behavior, and conflict resolution techniques. *Strategic Management J.*, 15(2), pp. 135-152.

⁵³ Gulati-R., Singh H. (1998), The architecture of cooperation: managing coordination costs and appropriation concerns in strategic alliances. *Administrative Science Quarterly*, 43 (4), pp. 781-814.

addicono all'analisi e allo studio delle dinamiche strategiche della Pubblica Amministrazione quale <<insieme di istituti o enti connessi da relazioni di varia intensità ma dotati di reciproca autonomia>>⁵⁴.

Il fenomeno della creazione di reti che coinvolge anche la pubblica amministrazione è stato favorito dal processo di riforme avviato negli anni 90', imperniato sugli assi della modernizzazione del settore pubblico e incentivate dall'azione di stimolo del contesto politico-normativo dell'Unione Europea, all'orientamento alle collaborazioni tra pubblico e privato.

Riguardo alla letteratura che indaga la governance dei network pubblici, anche questo tema ha visto un proliferarsi di studi negli anni⁵⁵. Questo filone di letteratura enfatizza il fattore di condivisione e collaborazione che questa soluzione offre agli attori di natura pubblica e privata.

Allo stesso tempo, di fondamentale importanza per lo sviluppo di collaborazioni tra pubblico e privato vi sono: (1) lo sviluppo di un quadro normativo che incentivi le partnership, in tal senso è chiaro che le riforme sulla Pubbliche Amministrazione che hanno interessato la maggior parte dei paesi europei negli anni 80-90' hanno favorito la formazione di network pubblici; (2) lo sviluppo di attori socioeconomici senza scopo di lucro, che ha creato le condizioni organizzative e strutturali, per alleggerire le funzioni di produzione ed erogazione dei servizi che spettavano, in precedenza, unicamente al settore pubblico, e (3) lo sviluppo tecnologico, che ha posto le condizioni alla base dell'interconnessione in rete di più attori.

La tabella sottostante indica il processo appena spiegato, con particolare riguardo al contesto italiano.

⁵⁴ Cit. Cuccurullo C. (2005), *Op.cit.*

⁵⁵ Si veda a riguardo: Börzel, T. (1998), *Op. cit.*; Kickert, W. Klijn, E-H., Koppenjan, J.(1997), *Op.cit.*; Brinton Milward H., e Provan, K. (2000), *Op.cit.*

Tab.2: Fattori esogeni di stimolo alla formazione dei network pubblici in Italia

AMBIENTE	DIRETTRICI
<i>Politico normativo</i>	- 1. Modernizzazione - decentramento - istituzioni di agenzie e organismi pubblico-privati (enti strumentali) - dismissioni, privatizzazioni delle imprese partecipate e liberalizzazione dei servizi 2. Politiche di sviluppo socioeconomico: - partnership per l'utilizzo dei fondi strutturali e settoriali dell'UE - partnership per l'utilizzo degli strumenti della finanza agevolata in Italia
<i>Socio-economico</i>	Sviluppo e rilevanza del settore non-profit
<i>Tecnologico</i>	Infrastrutture di integrazione di servizi differenziati per favorire efficienza operativa, integrazione servizi, accesso ai servizi

Fonte: Cuccurullo C., 2005

Oltre alle necessità strategiche emergenti, come elementi alla base della nascita dei network, occorre però considerare altri fattori. Difatti, l'approccio strategico, da solo, si presenta incompleto a motivare l'origine delle reti di aziende. Ciò che appare rilevante è, innanzitutto, il processo decisionale perché, nel momento in cui si decide di creare un network, il processo decisionale si orienta verso la scelta di quale forma giuridica adottare.

Tale scelta è presa considerando due variabili tra loro inversamente correlate: (1) tempo di realizzazione e (2) controllo dell'assetto di governance.

Tab.3: La scelta della forma giuridica più opportuna

Tempo di realizzazione	<i>alto</i>	Collaborazioni formali (Società miste, Fondazione, Consorzio)		Sviluppo interno
	<i>basso</i>	Collaborazioni contrattuali	Collaborazioni Informali	
		<i>Basso</i>	<i>medio</i>	<i>alto</i>
Controllo				

Fonte: *Cuccurullo C., 2005.*

La scelta di creare reti in tempi brevi, può orientare verso relazioni interaziendali di tipo contrattuale in cui, però, i costi di controllo sono elevati a causa dell'asimmetria informativa esistente tra acquirente e fornitore.

Invece, la scelta di preferire soluzioni di sviluppo interno, a fronte di un pieno controllo sull'iniziativa, implica elevati costi di investimento e lunghi tempi di realizzazione.

Infine, le collaborazioni tra pubblico e privato che prevedono la costituzione ex novo di un'azienda, come le società miste e le fondazioni, si posizionano in una situazione intermedia: richiedono tempi non ridotti di realizzazione e il controllo dipende da una serie di variabili, come il numero di membri partecipanti, le regole statutarie, o le azioni possedute⁵⁶.

A seconda delle contingenze quindi si configurano delle opportunità di scelta diverse che la Pubblica amministrazione e i privati possono valutare.

⁵⁶ Cuccurullo C., (2005) *Op.cit.*

2. Le Partnership Pubblico Privato in sanità

2.1 Il dibattito accademico sulle partnership pubblico privato in ambito sanitario

Dopo l'introduzione delle riforme degli anni 90', si è assistito ad un graduale processo di modernizzazione delle attività sanitarie che ha evidenziato i valori di coesione sociale⁵⁷ attraverso la creazione di reti e partnership.

Infatti, il cambiamento nella fornitura dei servizi di assistenza sanitaria, dovuti a diverse motivazioni, quali l'invecchiamento della popolazione, i continui sviluppi tecnologici in campo medico, i cambiamenti politici, e l'esigenza di rinnovare la gestione, hanno fatto sì che i diversi governi fronteggiassero rilevanti ostacoli legati al contemporaneo innalzamento del livello delle prestazioni da fornire e ai più stringenti vincoli di bilancio. Tali problematiche hanno favorito il coinvolgimento degli attori privati da parte degli enti pubblici.

Osservando il dibattito scientifico e politico italiano, così come quello internazionale, sul tema del ruolo degli attori privati nella sanità pubblica, si può però notare come tale disputa sia spesso caratterizzata da «retoriche» e posizioni ideologiche che, estremizzano i giudizi sul contributo del privato in sanità.

Prima di analizzare le diverse posizioni, c'è bisogno di contestualizzare brevemente il quadro entro il quale le organizzazioni sanitarie operano. A questo proposito è necessario prendere in considerazione tre ambiti di riferimento, ovvero quello normativo, quello relativo alla gestione amministrativa e infine quello dei servizi professionali⁵⁸.

Ognuno dei tre ambiti si basa su diversi e spesso contrastanti principi, misure di successo, modalità strutturali e di lavoro, il che complica molto l'analisi del fenomeno.

⁵⁷ Si veda Newman, J. (2004) Constructing Accountability: Network Governance and Managerial Agency. *Public Policy and Administration*, 19:4 pp18–35.

⁵⁸ Kouzes J.M. e Mico P.R. (1979), Domain theory: an introduction to organizational behavior in human service organizations. *Journal of Applied Behavioral Science*. 15(4), pp. 449-469.

Il processo di aziendalizzazione del settore sanitario pubblico ha oggettivamente segnato il passaggio da un modello organizzativo di amministrazione “classica”, in cui l’erogazione dei servizi sanitari era intesa come un compito istituzionale svolto da strutture che non consideravano i costi sostenuti, ad un modello aziendale orientato alla “gestione per risultati”, con l’obiettivo di ottimizzare l’uso delle risorse e ridurre la spesa.

Tale processo è la diretta conseguenza dell’esigenza nata in Europa negli anni 80’ di istituire un nuovo stile di *governance*, denominato poi *New Public Management*, adottato di conseguenza anche dai vari Servizi Sanitari Nazionali.

Il *New Public Management*⁵⁹, può essere definito come un complesso di principi e di strumenti che i vari paesi interessati dalla riforma hanno introdotto nel proprio apparato pubblico con l’intento di creare le condizioni ritenute necessarie per conseguire un significativo miglioramento delle performance derivanti dalla gestione, caratterizzata da un’elevata inefficienza nell’impiego delle risorse ed inefficacia nel soddisfacimento dei bisogni. Caratteristica fondamentale dei principi esplicitati nel paradigma in discussione è il loro forte orientamento verso logiche di mercato e criteri e strumenti di governo propri delle organizzazioni private⁶⁰.

In tale contesto, la nuova logica, a differenza di quella tecnica tipica della professione medica, esalta i criteri di efficienza ed è caratterizzata da standard

⁵⁹ “Il New Public Management è una possibile filosofia di approccio ai problemi di miglioramento della gestione dei servizi pubblici diffusa ormai a livello mondiale”, si veda Lawrence L.J. (1997), Thompson F., L’implementazione strategica del New Public Management, in “Azienda Pubblica”, n. 6. Per una visione dei principi del New Public Management, si vedano: Hood C. (1991), A Public Management for all Seasons?, “Public Administration”, 69(1), pp. 3-19; Osborne D. e Gaebler T. (1992), Reinventing Government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector, Don Mills, Addison Wesley Publishing, 21(1), pp. 154-157; Stewart J., Walsh K., Change in the management of Public Service, in “Public Administration”, n. 70; Mussari R. (1994), Il management delle aziende pubbliche: profili teorici, Padova, Cedam, Padova; Anessi Pessina E. (2000), Principles of Public Management, Milano, Egea, Milano.

⁶⁰ Si ritiene che il paradigma del New Public Management abbia origine in differenti teorie sviluppatesi nel corso del XX secolo, dirette a spiegare le cause che stanno alla base di una maggiore inefficienza e inefficacia dell’attività svolta dalla pubblica amministrazione rispetto all’attività dell’impresa privata, con la quale viene sempre più confrontata, e a proporre delle possibili soluzioni al problema. Fra queste teorie, appare opportuno ricordare, nello specifico, le tesi sostenute dalla teoria dei diritti di proprietà, dalla teoria della Public Choice e dalla teoria dell’Agenzia

qualitativi che seguono non più soltanto la logica medico-professionale, ma anche rigidi standard di economicità.

In sostanza, la logica professionale e quella manageriale coesistono in entrambi le fasi storiche, ciò che si modifica è la preponderanza di una sull'altra. Tuttavia, le peculiarità della realtà sanitaria, quale sistema votato a creare valore nel senso più ampio del termine, ha comportato delle difficoltà rilevanti nell'implementazione di una logica votata principalmente ad una gestione economica delle aziende sanitarie.

Tali difficoltà si sono palesate soprattutto tra i medici professionisti che spesso hanno vissuto questo tipo di cambiamento alla stregua di intrusioni indebite da parte degli aziendalisti, lesive dell'autonomia professionale e dell'imperniato rapporto fiduciario tra medico e paziente. Conseguentemente, si è reso necessario il tentativo di realizzare un equilibrio tra aziendalizzazione clinica e libertà clinica⁶¹.

Gli interessi divergenti tra medici e manager, i primi convinti di dovere effettuare in totale assenza di restrizioni le proprie scelte professionali, i secondi intenti a tenere conto principalmente del rispetto dei vincoli economici e alla costante tensione verso il contenimento della spesa, risultano ancora oggi uno dei principali ostacoli ad una collaborazione efficace.

Ciò nonostante, le pressioni in termini di vincoli economico finanziari hanno obbligato i principali attori del sistema sanitario, partendo dai vertici manageriali, amministrativi e politici, ad un completo ripensamento della loro attività.

Quanto premesso consente di comprendere la scelta, da parte di molti governi, di ricorrere a forme di partnership con il settore privato alla stregua di una soluzione spesso necessaria, per far fronte a tale cambiamento.

Tale esigenza sembra essere ancora più forte nei paesi in via di sviluppo, a causa di motivazioni che vanno anche oltre quelle prima elencate, legate, oltre

⁶¹ Cit. Spanò, R., (2016), L'evoluzione dei sistemi di Management Accounting nelle aziende sanitarie Accountability e fattori di complessità, Economia Aziendale, Giappichelli, Torino.

alle difficoltà dei governi di reperire le risorse finanziarie necessarie, anche alle carenze formative degli operatori sanitari e dei manager, ad un contesto socio culturale particolarmente fragile, e al continuo evolversi di malattie trasmissibili⁶².

Il ruolo del settore pubblico si è quindi dovuto necessariamente evolvere e talvolta plasmare, e l'istituzione di partnership volte a migliorare contestualmente il livello dei servizi ospedalieri e dei bilanci degli ospedali pubblici ha rappresentato una delle soluzioni che i governi hanno adottato. Gran parte delle collaborazioni ha avuto come fine principale il secondo aspetto, ovvero prevalentemente il finanziamento per la realizzazione di strutture sanitarie. Tuttavia, spesso anche quando non vi è una incombenza diretta nella gestione da parte del privato, vi sono stati comunque dei risvolti positivi in maniera indiretta sulla qualità dei servizi offerti.

Gli effetti di tale processo sono oggi visibili anche a livello globale, dove l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha svolto un ruolo significativo nella formulazione delle politiche sanitarie per fissare gli standard di assistenza sanitaria, incoraggiando accordi di partnership tra lo Stato e le imprese al fine di migliorare il livello di cura e di ricerca degli Ospedali pubblici⁶³. Le PPP nel settore sanitario possono assumere una varietà di forme a seconda dei gradi di responsabilità e di rischio che pubblico e privato condividono. Esse sono caratterizzate dalla condivisione di comuni obiettivi, rischi e benefici, definiti attraverso accordi più o meno formalizzati a seconda dei casi⁶⁴.

Tali elementi giustificano la grande attenzione posta al tema negli ultimi anni, sia da parte degli studiosi che dei *practitioner*. Tuttavia, non c'è ancora

⁶² Si veda Martin A. B., Lassman D., Washington B., Catlin A., T. National Health Expenditure Accounts (2012), Growth in us health spending remained slow in 2010; health share of gross domestic product was unchanged from 2009. *Health Affairs (Millwood)* 31(1):208- 219.

⁶³ Baru R.V. e Nundy M. (2008), *Blurring of Boundaries: Public-Private Partnerships in Health Services in India*. *Economic and Political Weekly*, 26(1), pp. 62-71.

⁶⁴ Si veda Nikolic, I. A. e Maikisch, H. (2006) *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience*, Washington, DC: The World Bank.

un consenso globale sui reali benefici di tale strumento⁶⁵, e sulle migliori modalità per costituire una PPP di successo in campo sanitario. Tale limite cresce se si considerano gli studi effettuati in Italia, dove la maggior parte dei contributi esistenti sono di natura descrittiva e si focalizzano sulla dimensione del programma e sulla natura delle strutture organizzative coinvolte⁶⁶. Per esempio, raramente è stato valutato quale fosse l'impatto finanziario dei programmi delle PPP sulle finanze pubbliche⁶⁷, parametro molto importante per valutare la reale bontà delle partnership.

In sintesi, è possibile configurare la nascita delle PPP come una naturale conseguenza del *New Public Management*, con l'obiettivo di gestire in modo efficace la collaborazione tra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni private per la fornitura di servizi. Questa interpretazione delle PPP, configurabili come una particolare tipologia di governance, ha favorito lo sviluppo di due filoni di ricerca principali sul tema⁶⁸.

Il primo ha analizzato il contributo fornito dalla Pubblica Amministrazione, con riferimento ai compiti di regolamentazione e monitoraggio⁶⁹, osservando le modalità attraverso le quali configurare le partnership nel modo migliore per la soddisfazione dei destinatari dei servizi

⁶⁵ Barr, D. A. (2007) A Research Protocol to Evaluate the Effectiveness of Public-Private Partnerships as a Means to Improve Health and Welfare systems Worldwide. *American Journal of Public Health*, 97:1 pp19–25.

⁶⁶ In tal senso, si veda Amatucci F. e Lecci F. (2006), «Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2006*, Egea, Milano; Amatucci F., Germani A., Vecchi V. (2007), «Il project finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economico e finanziarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.

⁶⁷ Si veda Vecchi V. (2008a), «Il Project finance e gli impatti sul profilo di rischio generale dell'azienda sanitaria», *Mecosan*, 65, pp. 127-142; Vecchi V. (2008b), «Project Finance e Investimenti sanitari: chi guadagna?», *Economia & Management*, n. 5.

⁶⁸ Torchia M., e Calabro` A. (2013), Morner M. Public-private partnerships in the health care sector: a systematic review of the literature. *Public Manage Rev*; 17(2), pp. 236–261.

⁶⁹ Jamali D. (2004). Success and failure mechanisms in public private partnerships (PPPs) in developing countries. Insights from the Lebanese context. *Int J Public Sect Manage*; 17(5), pp. 414–430; Scharle, P. 2002. 'Public-private partnership (PPP) as a social game', *Innovation: The European Journal of Social Sciences*, 15, 3, 227–52; Widdus R. (2001), 'Public private partnerships for health: their main targets, their diversity and their future directions', *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), pp. 713-720.

prestati⁷⁰. I risultati provenienti da questi studi raccomandano la trasparenza nel processo di selezione dei partner⁷¹, durante il quale la Pubblica Amministrazione dovrebbe tutelare i cittadini scongiurando ipotesi di collaborazioni che favoriscano secondari fini opportunistici da parte dei privati.

Il secondo filone ha invece analizzato il contributo dei privati riguardo alla gestione dei processi di cura. In questo caso buona parte degli studiosi considerano le PPP come una modalità innovativa per la fornitura di servizi sanitari da parte delle aziende pubbliche, con i risultati in termini di efficienza delle aziende private⁷². Questa corrente di ricerca ha investigato in maniera specifica gli effetti delle partnership sulle performance finanziarie complessive degli attori pubblici, con particolare riferimento a due vantaggi: (1) la riduzione della pressione sui bilanci pubblici che determina le migliori possibilità di reperimento e allocazione delle fonti di finanziamento; (2) l'apporto di un qualificato bagaglio di *know how* proveniente dal settore sanitario privato⁷³.

Nello specifico, le prime ricerche sono state sviluppate soprattutto nel Regno Unito e negli Stati Uniti, che per primi hanno sperimentato queste soluzioni. Tuttavia, la spinta critica degli studi effettuati in questi contesti si focalizza soprattutto sui processi decisionali che portano alla stipula dei contratti. In particolare, diversi studi riguardano la capacità di formulare previsioni corrette da parte dei Servizi Sanitari Nazionali (SSN) relative

⁷⁰ Becker F e Patterson V. (2005), Public private partnerships: balancing financial returns, risks and roles of the partners. *Public Perform Manage Rev*; 29(2), pp. 125–144; Friend J. (2006), Partnership meets politics: managing within the Maze. *Int J Public Sect Manage*, 19(3), pp.261–277; 19: 261–277; Hellowell M. e Pollock A. (2009), The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *J Inst Econ Aff*; 29(1), pp. 13–19; Zhang Z., Wan D., Jia M., Gu L. (2009), Prior ties, shared values and cooperation in public–private partnerships. *Manage. Organ. Rev.*, 5(3), pp. 353–374; Buse K. e Waxman A. (2001), Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bull World Health Organ.*, 79(8), pp. 748–754.

⁷¹ Becker F e Patterson V., (2005), *Ibidem*; Friend J. (2006), *Ibidem*; Hellowell M. e Pollock A. (2009), *Ibidem*; Zhang Z., Wan D., Jia M., Gu L. (2009), *Ibidem*.

⁷² Buse K. e Waxman A. (2001), *Op.cit*; Hellowell M. (2016), The price of certainty: benefits and costs of public–private partnerships for healthcare infrastructure and related services. *Health Serv Manage Res*; 29(1–2), pp. 35–39.

⁷³ Hellowell M, 2016, *ibidem*; Barretta A. e Ruggiero P. (2008). Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: what is the basis for this PPP? *Health Policy*; 88(1), pp. 15–24; Di Matteo L. (2000), The determinants of the public–private mix in Canadian health care expenditures: 1975–1996. *Health Policy* 2000, 52(2), pp. 87–112.

all'impatto delle PPP sul budget e sulla capacità di spesa della sanità⁷⁴; ulteriori ricerche hanno analizzato quali fossero i migliori criteri alla base della valutazione nella scelta tra le modalità di erogazione tradizionali e le PPP⁷⁵; altri lavori hanno invece approfondito il tema del trasferimento del rischio al settore privato e dei benefici presunti per il settore pubblico in termini di riduzione del tempo e dei sovra-costi nella realizzazione e costruzione dei progetti⁷⁶.

Altre ricerche hanno invece esaminato le complessità e i costi di transazione dei contratti di PPP in sanità⁷⁷ e delle spese ex post⁷⁸.

Numerosi articoli si sono focalizzati sui risultati in termini di efficacia e efficienza delle partnership. Molti hanno suggerito l'implementazione di questa soluzione organizzativa allorquando la Pubblica amministrazione non riesce ad esplicare in maniera adeguata il suo ruolo di regolatore e controllore.

Di particolare interesse sono anche gli studi che hanno approfondito le configurazioni strategiche e i meccanismi di *governance* adottabili dagli attori protagonisti delle PPP⁷⁹. Di seguito si esamineranno i principali contributi apportati sulle tematiche sopra citate.

⁷⁴ Gli studi riguardano il Regno Unito, in tal senso si veda Gaffney D.A., Dunnigan M., Price D., Shaoul J. (1999), «PFI in the NHS: is there an economic case», *BJM*, 319(7202), pp. 116-119; Hellowell M., Pollock A. (2009), *Op. cit.*

⁷⁵ Froud J., Shaoul J. (2001), «Appraising and evaluating PFI for NHS hospitals», *Financial Accountability and Management*, 17(3), pp. 247-70; Broadbent J., Laughlin R. (2008), «Identifying and controlling risk: the problems of uncertainty in the Private Finance Initiative in the UK's National Health Service», *Critical Perspectives on Accounting*, 19(1), pp. 40-78.

⁷⁶ Her Majesty's Treasury (2003), «PFI: meeting the investment challenge», Stationary Office, London, disponibile su www.hm-treasury.gov.uk; National Audit Office (2003), *PFI Construction Performance*, The Stationery Office, London, disponibile su: www.nao.org.uk/publications; Pollock A., Price D., Player S. (2007), «An Examination of the UK Treasury's Evidence Base for Cost and Time Overrun Data in UK Value-for-Money Policy and Appraisal», *Public Money & Management*, CIPFA, London.

⁷⁷ Dudkin G., Väilä T. (2005), «Transaction costs in public- private partnerships: a first look at the evidence», *EIB Economic and Financial Report 2005/03*, European Investment Bank, Luxemburg; Lonsdale C., Watson G. (2007), «Managing Contracts under the Private Finance Initiative», *Policy and Politics*, n. 4, pp. 683-700.

⁷⁸ Shaoul J., Stafford A., Stapleton P. (2008), «The Cost of using Private Finance to Build, Finance and Operate Hospitals», *Public Money and Management*, 28(2), pp. 101-108.

⁷⁹ Cuccurullo C. (2005), *Op. cit.*; Preker A.S., Harding A., Traving P. (2000), «'Make or buy' decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), pp. 777-790.

Efficacia ed efficienza delle PPP

Numerose ricerche hanno analizzato i risultati in termini di efficienza ed efficacia delle PPP e dei *driver* che ne favoriscono la riuscita. Tuttavia, spesso mancano delle prove a sostegno dell'efficacia dei progetti di PPP, il che ha portato alcuni studi⁸⁰ a fornire un protocollo per valutare tale aspetto.

Lo stato continua ad essere responsabile degli standard di monitoraggio delle attività, del raggiungimento dei risultati prefissati, della garanzia che i cittadini abbiano un accesso adeguato ai servizi di cui hanno bisogno. Le partnership non implicano necessariamente un ridimensionamento del ruolo della Pubblica amministrazione rispetto alla gestione, ma un ruolo di governo differente⁸¹.

Il ruolo della Pubblica amministrazione dovrebbe inoltre assicurare assistenza sanitaria anche ai soggetti economicamente svantaggiati, specie in contesti particolarmente disagiati. Le partnership tra il settore pubblico e privato possono infatti contribuire a migliorare la salute dei poveri, combinando le diverse competenze e le risorse di varie organizzazioni (pubbliche e private) in modo innovativo⁸².

Blanken e Dewulf (2010)⁸³ hanno effettuato un multiple *case study* su sette progetti di PPP in Inghilterra e in Australia da cui risulta che l'efficacia delle PPP può essere raggiunta attraverso un certo grado di flessibilità negli accordi contrattuali tra le parti. Inoltre, lo studio identifica alcune caratteristiche che favoriscono la flessibilità delle PPP in sanità, come la conoscenza e l'esperienza, combinate con una gestione manageriale; il modo in cui il progetto è finanziato; la relazione tra i finanziamenti per i servizi sanitari e le spese dell'organizzazione sanitaria. Lo studio si conclude suggerendo alla Pubblica Amministrazione di indirizzare le determinanti di cui sopra al fine di sviluppare

⁸⁰ Barr, (2007), *Op.cit.*

⁸¹ Jamali D. (2004), *Op.cit.*

⁸² Widdus R. (2001) *Op. cit.*

⁸³ Blanken A., Dewulf G.P.M.R. (2010), PPPs in Health: Static or Dynamic? Australian J. of Public Administration, 69(1), pp. 35–47.

delle strutture che siano in grado di rispondere in maniera adeguata alle incertezze del contesto in cui operano.

Tuttavia, a causa della complessità insita negli accordi di PPP, ai fini di valutarne l'efficacia emergono molteplici problematiche frutto di una spesso inadeguata pianificazione⁸⁴. Infatti, frequentemente si tende a sottostimare i costi legati all'implementazione della partnership, oppure emergono clausole contrattuali poco flessibili che rendono il progetto inadatto rispetto alle continue innovazioni delle prestazioni sanitarie.

Un limite di natura strutturale che riguarda gli studi sull'efficacia delle partnership, soprattutto riguardo alle ricerche effettuate nel contesto europeo, concerne la mancanza di indagini sull'impatto dei programmi delle PPP sulle finanze pubbliche⁸⁵.

Con riferimento all'efficienza delle PPP, tale aspetto è connesso alla principale motivazione per cui si attuano, ovvero la razionalizzazione dei costi legati alle attività sanitarie e la conseguente riduzione degli sprechi. Tali risultati possono sicuramente derivare dalla nota maggiore efficienza nella gestione del settore privato rispetto a quello pubblico⁸⁶. Tuttavia, anche per quanto riguarda questo profilo di analisi, i risultati sembrano essere ancora insufficientemente attendibili, in quanto contrastanti⁸⁷.

Attraverso una ricerca esplorativa svolta in India, Birla e Taneja (2010)⁸⁸ hanno provato ad analizzare l'impatto in termini di efficienza su alcune partnership istituite tra ospedali pubblici e imprese private. Sono stati presi in considerazione 9 input e 9 output per calcolare il livello di efficienza. Con

⁸⁴ McKee, M., Edwards, N., Atun, R. (2006), Public Private–Partnerships for Hospitals. *Bulletin of the World Health Organisation*, 84:1 pp890–5.

⁸⁵ L'aspetto, come in precedenza detto, risulta maggiormente indagato negli Stati Uniti, dove il sistema Sanitario differisce molto da quello della maggior parte dei paesi europei, si veda Vecchi V. (2008a), *Op.cit.*

⁸⁶ Si veda Grimsey, D. e Lewis, M. K. (2004), The Governance of Contractual Relationships in Public Private Partnerships. *J. of Corporate Citizenship*, 15(1), pp. 91–109.

⁸⁷ Torchia M., Calabrò A., Morner M. (2013), *Op.cit.*

⁸⁸ Birla B. e Taneja U. (2010), Public Private Partnerships for Healthcare Delivery in India: Assessing Efficiency for Appropriate Health Policies, *The international Journal of World Health and Societal Politics*, 7(1).

riferimento agli input, oltre a considerare i costi legati all'acquisto delle apparecchiature e delle attrezzature necessarie per esplicare le diverse attività mediche, gli autori hanno dato grande risalto al numero di risorse professionali impiegate.

In termini di output, viene data particolare attenzione al numero delle prestazioni sanitarie fornite. L'analisi mostra come le PPP possono diventare degli ottimi strumenti per la produzione di servizi sanitari di qualità che siano in grado di raggiungere il maggior numero di persone con un migliore utilizzo delle risorse.

Un ulteriore studio finalizzato a comprendere la reale efficienza delle PPP, finanziate attraverso operazioni di *Private Financial Initiative* (PFI), evidenzia come spesso questi devono far fronte a rilevanti problemi che possono condurre ad effetti disastrosi sul sistema sanitario⁸⁹.

Un parametro molto utilizzato dagli studiosi per valutare la bontà in termini di efficienza delle operazioni di PPP è il *Value for money*, inteso come convenienza economica della partnership⁹⁰, considerando in tale accezione una serie di fattori, quali il trasferimento del rischio, la competizione, la natura dei contratti, i costi legati al progetto.

Priorità dell'ente pubblico dovrebbe essere quella di valutare ex ante tale parametro. Tuttavia, spesso manca questa previsione, in quanto si tende a dare importanza preminente all'apporto di risorse finanziarie che il privato è in grado di apportare nell'immediato, a discapito della programmazione di progetti che possano dare maggiori garanzie nel lungo periodo⁹¹.

Altri studiosi mettono in discussione la reale efficienza in termini di costi che le PPP assicurano⁹², confrontando le modalità attraverso le quali si finanziano enti pubblici e privati.

⁸⁹Hellowell M. e Pollock A.M, (2009), *Op.cit.*

⁹⁰Grimsey, D. e Lewis, M. K. (2004), *Op.cit.*

⁹¹Barretta, A. and Ruggiero, P. (2008) *Op.cit.*

⁹²Hellowell, M. e Pollock, A. (2009) *Op.cit.*

In conclusione, nonostante i dubbi prima avanzati circa l'efficacia e le efficienze di alcune forme di PPP, specialmente riguardo al loro *Value for money* e alla sostenibilità finanziaria, il modello di partnership negli anni è sempre più utilizzato⁹³. Tuttavia, le posizioni contrastanti e lo scarso impatto delle evidenze empiriche dimostrano come gli studi sull'efficienza e l'efficacia delle PPP siano ancora in una fase poco avanzata.

I benefici della partnership pubblico privato in sanità

Numerosi studi hanno analizzato gli effetti benefici provenienti dalle partnership tra enti pubblici e privati operanti nel settore sanitario e in tal senso i risultati paiono abbastanza confortanti ed omogenei. La bontà di tali risultati è connessa ad una programmazione adeguata dei progetti di partnership.

In primo luogo si fa riferimento all'apporto delle competenze necessarie che i privati garantiscono, in quanto le organizzazioni pubbliche si rivelano spesso inadeguate rispetto alla complessa gestione sanitaria, caratterizzata da un'innovazione continua nei processi di assistenza e di cura.

In secondo luogo, i privati contribuiscono a coprire la carenza di risorse finanziarie che spesso provoca l'obsolescenza delle strutture e delle tecnologie delle aziende sanitarie. Se ben strutturate, e quindi finalizzate in primo luogo a sopperire a tali problematiche, le PPP possono produrre degli ottimi risultati.

Le partnership possono inoltre apportare delle strategie innovative rispetto agli obiettivi fissati dal settore sanitario, creando dei meccanismi che siano in grado di sfruttare le idee, le risorse e le competenze dei diversi partner⁹⁴.

⁹³ Coelho M., Burger P., Tyson J. Karpowicz I. (2009), The effects of the financial crisis on public-private partnerships. Washington (DC): International Monetary Fund, WP 9/144.

⁹⁴ Reich, M. R. (2002), Public-Private Partnerships for Public Health, Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies.

I progressi derivanti dall'attuazione di tali modalità di governance, possono infatti consentire oggi agli ospedali pubblici di raggiungere ambiziosi risultati sia dal punto di vista delle cure che della ricerca⁹⁵.

Uno studio di Sharma e Seth⁹⁶ analizza i benefici che le PPP apportano al settore sanitario sotto diversi punti di vista, tra i quali la possibilità di utilizzare in maniera più efficiente strutture sanitarie esistenti. In questi studi vi è la consapevolezza che i risultati positivi delle PPP sono realizzabili soltanto qualora nella fase contrattuale ex ante si adottano delle adeguate allocazioni dei rischi e delle risorse.

Uno studio di Barlow e Köberle-Gaiser⁹⁷ analizza, attraverso un *case study* multiplo, la costruzione di sei ospedali pubblici finanziati attraverso PFI nel Regno Unito. Dallo studio risulta la fondamentale importanza di un'azione preventiva di analisi di allocazione dei rischi per il successo della partnership.

In sintesi, soltanto quando gli attori protagonisti della partnership sono in grado di strutturare un progetto completo, analizzando i rischi connessi in maniera attenta, gli studi effettuati supportano la tesi secondo la quale questi accordi sono realmente capaci di apportare significativi benefici ad entrambi i partner. La bontà della programmazione fungerebbe anche da garanzia rispetto ad eventuali comportamenti opportunistici che il privato potrebbe mettere in atto a discapito della pubblica collettività.

⁹⁵ Catuogno S., Arena C., Saggese S., Sarto F. (2016), Performance implications of public-private partnerships in research hospitals: Lessons from the involvement of a charity. *Health Services Management Research*, 29(4), pp. 91-98.

⁹⁶ Sharma, V. and Seth, P. (2011) Effective Public Private Partnership through E-Governance Facilitation. *J. of E-Governance*, 34(1) pp. 15-25.

⁹⁷ Barlow J. e Köberle-Gaiser M. (2009), Delivering Innovation in Hospital Construction: Contracts and Collaboration in the UK's Private Finance Initiative Hospitals Program. *California Management Review*, 51(2), pp 126-143.

La configurazione strategica delle PPP sulla base delle caratteristiche dei beni/servizi

Due studi in particolare, hanno approfondito l'analisi delle collaborazioni tra pubblico e privato nel settore sanitario con riferimento alle configurazioni strategiche che queste assumono: il primo, muovendo dall'identificazione delle variabili caratterizzanti le attività sanitarie tipiche, identifica gli ambiti di probabile applicazione delle collaborazioni⁹⁸; il secondo, classifica i possibili rapporti di partnership sulla base dei meccanismi di *governance* attuabili al loro interno nell'ambito degli studi sui network⁹⁹.

Il primo modello di analisi, evidenzia le variabili economiche influenti sul processo decisionale di erogazione dei servizi sanitari. In particolare, gli autori analizzano le migliori modalità di *governance* delle organizzazioni sanitarie sulla base delle caratteristiche dei beni o servizi che queste devono offrire.

Il modello elaborato, è sviluppato sulla base di due caratteristiche del bene o servizio. La prima è rappresentata dalla “contendibilità”¹⁰⁰, assicurata dal basso livello di barriere in entrata e in uscita del mercato. Nel caso del settore sanitario, ad esempio, gli investimenti in conoscenza e reputazione assicurano elevati ritorni, aumentando le barriere all'entrata per i possibili competitor, con effetti diretti sulla contendibilità del mercato stesso. La seconda dimensione rilevante, è costituita dalla “misurabilità” del servizio sanitario fornito, cioè l'affidabilità con la quale i risultati e gli effetti derivanti dall'erogazione dei servizi sanitari, possono essere rilevati.

⁹⁸ Preker A.S., Harding A., Travis P., 2000. “Make or buy” decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization*, vol.78 (6): 777-790.

⁹⁹ Per chiarimenti sullo studio sulla configurazione delle PPP all'interno degli studi sui network pubblici si rinvia al paragrafo 2. Riguardo allo studio oggetto della presente nota, si fa riferimento a: Cuccurullo C., 2005, *Op.cit.*

¹⁰⁰ Secondo Preker (2000), un mercato può dirsi perfettamente contendibile se le imprese possono entrarvi liberamente (senza alcuna resistenza da parte di altre imprese) e, successivamente, lasciare quel mercato senza perdere eventuali investimenti.

Tab.4: Categorizzazione dei servizi correlati al settore sanitario sulla base della contendibilità e misurabilità delle attività

		CONTENDIBILITA'		
		ALTA	MEDIA	BASSA
MISURABILITA'	ALTA	Tipologia I Produzione beni di consumo Lavoro non qualificato	Tipologia II Forniture mediche	Tipologia III Produzione di servizi ad alta tecnologia Produzioni medicinali
	MEDIA	Tipologia IV Attività non cliniche Diagnostica di routine Immunizzazione	Tipologia V Interventi clinici Diagnostica di alta tecnologia	Tipologia VI Ricerca Lavoro altamente qualificato
	BASSA	Tipologia VII Servizi ambulatoriali <ul style="list-style-type: none"> • medici • di cura e assistenza • odontoiatrici 	Tipologia VIII Interventi di salute pubblica Azioni intersettoriali Servizi di <i>in-patient</i> care	Tipologia IX Formulazione di politiche sanitarie e pubbliche Monitoraggio e valutazione

Fonte: Cappellaro G. e Marsilio M., 2007.

Osservando la matrice, è possibile subito comprendere come la maggior parte dei servizi e delle attività sanitarie, presentino problemi legati essenzialmente alla difficoltà di misurabilità dei risultati e degli impatti. Muovendoci lungo tutta la prima riga (dalla tipologia I alla tipologia III), la misurabilità dei risultati resta alta e l'asimmetria informativa è relativa ma, a partire dalla seconda riga invece, la misurazione dei risultati diventa più problematica, anche se, comunque, possibile. Il monitoraggio delle performance delle attività comprese nella categoria IV, risulta essere difficoltoso nonostante esse siano attività intensamente contendibili. Non si può dire lo stesso per le attività e i servizi presenti nei quadranti successivi (tipologia V e VI), rispetto

al fatto che l'utilizzo di strumenti altamente tecnologici, l'elevata specializzazione del personale, gli alti costi di investimento iniziali, contribuiscono ad innalzare le barriere all'entrata, riducendo la contendibilità, e rappresentando così una fonte di vantaggio per i competitor già presenti sul mercato a discapito dei nuovi entranti.

L'attività clinica e ambulatoriale, è invece “caduta” nella VII tipologia, in quanto, rispetto alle basse barriere all'ingresso, essa si caratterizza per l'elevato grado di asimmetria informativa e la conseguente difficoltà nella misurazione dei risultati. In linea di principio, le informazioni possono essere apparentemente visibili per i pazienti, per quanto riguarda, ad esempio, la qualità dei servizi ospedalieri, il rispetto della privacy, la cortesia del personale clinico, la durata dei tempi di attesa, la pulizia, il gusto del cibo offerto, e altre questioni. Tuttavia, in assenza di adeguate tecniche di indagine, tali informazioni potrebbero non essere immediatamente disponibili alle amministrazioni politiche responsabili o al personale amministrativo.

Infine, osservando la terza riga, sia il grado di contendibilità che quello di misurabilità diventano via via, più bassi. Difatti, le attività che rientrano nella VIII e IX tipologia, a causa della loro rilevanza strategica, restano di solito di competenza dal settore pubblico.

Sulla base di queste considerazioni, gli autori mappano un modello di analisi (si veda tabella 5) che configura le possibili modalità di gestione dei servizi sanitari: i beni e i servizi la cui produzione può essere esternalizzata, quelli che possono essere prodotti ed erogati direttamente dal settore pubblico stesso, e quelli per i quali è necessaria un'opportuna attività di coordinamento.

Tab.5: Griglia decisionale di «make or buy»

	CONTENDIBILITA' ALTA	CONTENDIBILITA' MEDIA	CONTENDIBILITA' BASSA
MISURABILITA' ALTA			
MISURABILITA' MEDIA			
MISURABILITA' BASSA		MANTENIME NTO DEL CONTROLLO GERARCHICO	

Fonte: Cappellaro G. e Marsilio M., 2007.

Dalla griglia emerge come, in funzione delle situazioni contingenti, è possibile identificare le strategie attivabili dal settore pubblico. Nel caso in cui sussista un alto grado di contendibilità e misurabilità, l'erogazione del servizio o la vendita del bene, è lasciata al mercato. In questo caso, il ruolo dell'ente pubblico è quello di assicurare una corretta divulgazione delle informazioni e degli standard minimi di qualità e sicurezza.

Al contrario, i beni e servizi caratterizzati da bassi livelli sia di contendibilità che di misurabilità, sono prodotti ed erogati direttamente dal settore pubblico. L'area compresa tra i due estremi, è quella in cui è possibile prevedere l'introduzione di meccanismi di collaborazione tra soggetti pubblici e privati.

Il secondo modello di analisi proposto dalla letteratura economico-aziendale, classifica i possibili rapporti di partnership in relazione ai meccanismi di *governance* attuabili al loro interno. Esso fonda le sue radici negli studi sui network interaziendali nel settore pubblico ed è giustificato dall'esigenza di categorizzare le diverse configurazioni di collaborazioni tra pubblico e privato in Sanità sulla base di meccanismi di *governance*, ovvero elementi organizzativi che tutelino il funzionamento duraturo delle collaborazioni, siano esse non formalizzate, e perciò *de facto*, siano esse contrattualmente riconosciute, siano esse formalizzate.

Tale tipo di analisi consente di determinare una classificazione delle possibili relazioni non episodiche tra pubblico e privato, tese a perdurare nel tempo, a prescindere da classificazioni di tipo giuridico, le quali potrebbero non considerare alcune fattispecie di collaborazioni.

Si distinguono quindi, tre differenti modelli:

- collaborazioni informali o *community based network*;
- collaborazioni contrattuali o *buyer-supplier network*;
- collaborazioni formali o *network organizzativi*.

L'autore classifica le PPP sulla base dell'intensità della relazione che implica una integrazione dei soggetti, rifacendosi quindi ai modelli di governance utilizzabili per la gestione degli stessi.

Le collaborazioni informali

Le collaborazioni informali, si basano su una rete di relazioni di scambio solide e frequenti ma non formalizzate da contratti espliciti¹⁰¹. La partnership si realizza mediante il coordinamento dei legami tra più attori (ospedali, organizzazioni non-profit, ambulatori, medici di base, etc.), che svolgono

¹⁰¹ Si veda Tommasetti A. (2002), Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità, Mecosan 44, pp. 61-71

attività diverse, con formule imprenditoriali differenziate, facilitando lo scambio di informazioni¹⁰².

Il *community based network*, è caratterizzato da bassi livelli di strutturazione e si fonda sulla ricerca di una convergenza di intenti in tempi brevi, attraverso la negoziazione tra i partner. Queste partnership informali, sono prevalentemente caratteristiche di realtà in cui il ruolo socio-economico del soggetto pubblico, oltre quello istituzionale, è fortemente radicato nel contesto territoriale di riferimento. Più precisamente, in sanità, si adottano forme di *community based network* quando, l'azienda sanitaria locale, costituisce delle "reti non pianificate" con altri soggetti, generalmente organizzazioni non-profit, allo scopo di dotare il territorio di una rete assistenziale adeguata e dettagliata.

Il risultato atteso da una collaborazione di questo tipo è espresso in termini di flessibilità quantitativa, ossia sulla possibilità di poter contare su specifici apporti senza considerevoli investimenti organizzativi e finanziari.

Le collaborazioni contrattuali

Le collaborazioni contrattuali si basano, essenzialmente, sulla stipula di contratti duraturi che fungono da "regolatori" delle relazioni tra i diversi partner. La creazione di questo tipo di rete risponde a due motivi: (i) esternalizzare quelle funzioni di supporto (e non), che possono essere meglio gestite da altri soggetti o, che non è conveniente mantenere internamente, e (ii) intensificare le relazioni con alcuni fornitori esterni "selezionati" (solitamente in base alla capacità di fornire servizi in modo più efficiente rispetto alla gestione diretta), al fine di avere un maggiore controllo sulla qualità dei beni e servizi acquistati.

In ambito sanitario, rientrano nella fattispecie dei *buyer-supplier network*, sia i casi di esternalizzazione, a partner privati, delle funzioni assistenziali

¹⁰² Alexander J.A., Comfort M.E., Weiner B.J.(1998), Governance in Public-Private Community Health Partnerships: A Survey of the Community Care Network Demonstration Sites. Non profit Management & Leadership, 8(4): pp. 311- 332.

primarie (principalmente nell'area dell'assistenza domiciliare integrata), sia i casi di esternalizzazione delle funzioni di supporto tecniche (esternalizzazione dei servizi di mensa, ristorazione, lavanderia, vigilanza, etc.) o amministrative (controllo di gestione, trattamento economico del personale, ecc).

I benefici di ordine strategico, che inducono i vertici aziendali del settore sanitario a ricorrere a questo tipo di collaborazione, sono: la focalizzazione sul "core business", il contenimento dei costi¹⁰³, il recupero di flessibilità (in particolare nella gestione del personale), il miglioramento della qualità dei servizi, soprattutto negli aspetti relazionali e di comfort.

Si devono, tuttavia, sottolineare anche i possibili rischi derivanti dall'interazione con imprese esterne, quali: perdita di controllo del processo produttivo, aumento dei costi di transazione, rigidità dei fornitori rispetto alle clausole contrattuali¹⁰⁴.

Le collaborazioni formali

A differenza delle due precedenti tipologie, annoverabili come «coordinamenti interaziendali delle relazioni di scambio», le collaborazioni formali, si caratterizzano per la costituzione di forme organizzative ad hoc, quali società miste, fondazioni e consorzi, che hanno come condizione fondamentale la stabilità dei rapporti.

L'elemento peculiare dei *network organizzativi*, specie nella formula delle società miste, è la contemporanea presenza nella gestione e nell'organizzazione del servizio sanitario, di una logica professionale e una logica manageriale, che coinvolgono più aree funzionali, realizzando forti interdipendenze tra gli

¹⁰³ In particolare si fa riferimento alla possibilità di trasformare i costi da fissi in variabili, con susseguente snellimento della struttura aziendale.

¹⁰⁴ Per un'analisi più approfondita del tema si rimanda a Dirindin N. (2002), *Integrazione pubblico-privato e outsourcing nel settore della sanità: principi generali, esperienze significative, potenzialità e limiti*. Torino, pubblicato sul sito della Fondazione Agnelli all'indirizzo: <http://www.fga.it/fileadmin/storico/1024-1/CN446.htm>, pp.1-40; Cuccurullo C., 2005, *Op.cit.*; Macinati M.S. (2004), *Le relazioni interaziendali di collaborazione in sanità*. Franco Angeli, Milano.

attori/partner. Alcuni punti significativi di questa piattaforma organizzativa riguardano:

- la volontà di introdurre un modello di gestione informato a logiche di tipo manageriali, nel settore sanitario;
- la necessità di coinvolgere soggetti capaci di apportare risorse finanziarie, tecnologiche e competenze imprenditoriali non rinvenibili nel soggetto pubblico;
- la focalizzazione della domanda e il superamento dei punti di debolezza del partner pubblico.

In altri termini, il ricorso alla società mista, rappresenta per i soggetti pubblici coinvolti, una valida soluzione per il reperimento di fattori produttivi esterni, come risorse economiche aggiuntive e *know how*, specie per le aziende sanitarie erogatrici di prestazioni complesse come nel settore riabilitativo e in quello socio-assistenziale.

La collaborazione formale coincide, in sintesi, con la forma di partnership più estrema.

La tabella seguente, riporta in maniera schematica i tratti principali delle diverse configurazioni organizzative delle partnership adottate nella sanità italiana, precedentemente descritti.

Tab.6: Tassonomia PPP in sanità in Italia sulla base dei profili di governance

	<i>Collaborazioni informali</i>	<i>Collaborazioni contrattuali</i>	<i>Collaborazioni formali</i>
Scelta del partner	Locali	Efficienti	Con competenze distintive
Livello di progettualità	Bassa	Funzionale	Globale
Modalità di relazione	Continua, variabile, asimmetrica	Programmata e contrattuale	Continua e incrementale
Orizzonte temporale	Breve periodo	Medio/lungo periodo	Lungo periodo
Modalità di influenza	Leadership del partner pubblico	Contratto	Capacità strategica di un partner
Potere tra le parti	Riconoscimento importanza dei terzi	Equilibrato contrattualmente	Alleanza formalizzata
Risultati potenziali	Flessibilità quantitativa	Efficienza/flessibilità	Innovazione/ Vantaggio competitivo

Fonte: Cuccurullo C., 2005.

Ciascuna configurazione è legata a meccanismi e strumenti di *governance* specifici: per le prime due, la *governance* è soprattutto di tipo economico, cioè basata sulla capacità dei coordinamenti relazionali di ridurre i costi di transazione e rafforzare le interdipendenze, con effetti positivi sulla flessibilità organizzativa.

Per le collaborazioni formali, si può invece parlare di *corporate governance* in senso proprio, in quanto, la costituzione di soggetti indipendenti per la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari, necessita di un complesso di regole interne, in grado di regolare il comportamento dei diversi attori/partner e di rendere il governo societario efficiente ed efficace.

2.2 Le partnership tra le aziende sanitarie pubbliche e gli enti non-profit

Una possibilità concreta che gli enti pubblici hanno per finanziare o sviluppare specifici progetti è quella di costituire delle collaborazioni con organizzazioni non-profit.

Lo sviluppo del settore non-profit in ambito sanitario, si lega alle trasformazioni che, negli ultimi anni, hanno accompagnato il passaggio dal concetto di “*welfare state*” a quello di “*welfare society*”. Con tale locuzione si intende affermare che l’attività dei servizi socio-sanitari, tende a divenire parte di una politica societaria piuttosto che statale, riferita a quel sistema associativo delle organizzazioni all’interno del quale, i soggetti della società organizzata, non solo sono portatori della domanda e dei bisogni dei cittadini, ma concorrono alla stessa configurazione dell’offerta dei servizi.

In questo contesto, prendono vita forme di relazione tra il pubblico e il privato non-profit, per rispondere all’esigenza di costruire relazioni sinergiche al fine di tutelare il livello di soddisfazione della domanda dei servizi sanitari, sempre più minacciato dagli squilibri economico-finanziari che si ripercuote sulla qualità delle prestazioni elargite dalle aziende sanitarie.

Relativamente all’erogazione e alla gestione dei servizi sanitari, l’evoluzione dei rapporti che si instaurano tra il settore pubblico e quello privato, rappresenta l’elemento di riferimento per comprendere come, la convergenza di interessi dei due soggetti, sia spesso raggiunta attraverso relazioni di collaborazione con il settore privato non-profit. Prima di procedere all’analisi degli strumenti attraverso i quali le organizzazioni pubbliche coinvolgono le aziende non-profit nella gestione e nell’erogazione dei servizi sanitari risulta importante comprendere quale sia il ruolo che le organizzazioni non-profit giocano nella fornitura dei servizi di assistenza sanitaria¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Per un approfondimento, si veda Greaney T. L., Boozang K. M.(2005), Mission, Margin, and Trust in the Nonprofit Health Care Enterprise. Yale J. of Health Policy, Law, and Ethics: 5(1), pp. 1-89.

Gli Stati Uniti, rappresentano un esempio del successo di queste organizzazioni. Più della metà delle prestazioni sanitarie operate negli U.S.A., infatti, è erogata dalle organizzazioni senza scopo di lucro, che possiedono quindi, una quota sostanziale del mercato statunitense di assistenza sanitaria.

Le aziende non-profit, risultano predominanti nel settore dell'assistenza sanitaria domiciliare, dove le associazioni di medici e infermieri che esercitano attività a domicilio, in genere, servono più della metà del mercato; sono invece meno presenti nel settore delle case di cura, per via dell'intensificarsi della competizione con il privato for profit ma, rappresentano comunque, una quota di mercato significativa.

Nonostante il peso economico delle associazioni non-profit nel settore sanitario, il loro progressivo sviluppo alimenta opinioni contrastanti¹⁰⁶.

Le pubbliche amministrazioni spesso promuovono lo sviluppo di tali organizzazioni, soprattutto in virtù della qualifica fiscale che consente loro di ottenere diverse esenzioni rispetto a molte imposte statali e locali. Inoltre, le associazioni non-profit ricevono un trattamento preferenziale nella procedura di aggiudicazione degli appalti.

Tuttavia, nel momento in cui la Pubblica Amministrazione instaura un legame con questo tipo di enti, deve fare i conti con una serie di vincoli in termini di trasparenza. Infatti, le organizzazioni non-profit sono controllate maggiormente proprio in ragione del fatto che hanno la possibilità di ottenere delle esenzioni fiscali.

Questa dicotomia rende complessa la decisione del soggetto pubblico rispetto alla costituzione o meno di una partnership con organizzazioni senza scopo di lucro.

In letteratura emergono due teorie che hanno provato a comprendere le principali variabili che incidono su questa scelta analizzando il comportamento

¹⁰⁶ Frank R.G. e Salkever D. S.(1994), Nonprofit Organizations in the Health Sector. J. of Economic Perspectives, vol. 8(4), pp. 129-144.

delle organizzazioni non-profit nel settore della sanità: la prima, vede le imprese senza fini di lucro come la risposta ai problemi di asimmetria informativa; la seconda invece interpreta il ruolo delle organizzazioni non-profit come fornitori di “servizi pubblici”.

Nei mercati in cui i consumatori sono meno informati circa la qualità di un servizio offerto, come per esempio quello sanitario, le imprese for profit avrebbero un maggiore incentivo a massimizzare il profitto a discapito della qualità. In tali contesti, le organizzazioni non-profit possono garantire comportamenti anti opportunistici: se esse sono (presumibilmente) disinteressate al profitto, non sono intente a fornire servizi di qualità inadeguata.

Lo status “non-profit” garantirebbe quindi ai consumatori la dovuta fiducia all’atto della fruizione dei servizi¹⁰⁷. Come anticipato, le prestazioni sanitarie ricadono sicuramente nel novero dei servizi cui si fa riferimento.

Riguardo alla domanda, e quindi all’utente dei servizi sanitari, le maggiori criticità concernono proprio gli aspetti informativi poiché il paziente, generalmente non può conoscere in via preventiva la qualità delle prestazioni sanitarie fornite. La logica che guida questa teoria sta nel fatto che, nei settori caratterizzati da elevata asimmetria informativa, come quello sanitario, le organizzazioni non-profit dovrebbero essere preferite rispetto alle imprese for profit proprio in virtù di quanto detto prima¹⁰⁸¹⁰⁹.

Il problema dell’asimmetria informativa rappresenta sicuramente una delle principali motivazioni che giustifica la considerevole quota di servizi sanitari affidati dagli Enti pubblici ad organizzazioni non-profit¹¹⁰. In tal senso,

¹⁰⁷ Per un approfondimento sul ruolo delle imprese non-profit si veda Hansmann H. B., (1980), *The Role of Nonprofit Enterprise*. The Yale Law J., 89(5), pp. 835-901.

¹⁰⁸ Si veda Needleman J.(2001), *The Role of Nonprofits in Health Care*. J. of Health Politics, Policy and Law, 26 (5), pp. 1113-1130.

¹⁰⁹ Se da un lato la teoria sembra condivisibile, restano degli aspetti non osservati, come il livello qualitativo delle prestazioni fornite. Infatti, è indubbio che per determinate prestazioni ci si rivolga ad organizzazioni private for profit poiché hanno acquisito maggiore esperienza, e di conseguenza maggiori competenze, nel tempo. Tuttavia, i progressi delle organizzazioni non-profit anche sotto questo punto di vista sembrano essere confortanti.

¹¹⁰ Frank e Salkever (1994), sostengono che nonostante l’asimmetria informativa nei mercati di assistenza sanitaria (nella misura in cui essa continua ad esistere) implichi un vantaggio competitivo per le organizzazioni non-profit (e quindi aiuta a spiegare la loro quota di mercato), non è in grado di fornire

questi organismi rappresenterebbero una risposta tangibile al “fallimento del mercato” derivante proprio dalle asimmetrie informative.

Una seconda chiave teorica interpreta il contributo del privato non-profit come un’alternativa più efficace a quello degli enti pubblici per la produzione di beni e servizi pubblici. Tale interpretazione è più vicina a quella, più generica, che è stata sinora portata avanti, riguardo alle motivazioni che spingono le pubbliche amministrazioni a rivolgersi alle aziende private in generale, profit o non-profit che siano.

Tale visione implicherebbe due vantaggi che le organizzazioni pubbliche conseguirebbero nell’istituire una partnership con soggetti non aventi scopo di lucro. Infatti, da un lato, si considera l’incapacità del governo di soddisfare la domanda di beni e servizi sanitari, perciò tali collaborazioni nascerebbero per supplire alle mancanze della pubblica amministrazione. In questo caso si parlerebbe di “fallimento del settore pubblico”, che giustificerebbe, oltre il coinvolgimento delle organizzazioni non-profit, anche la decisione dei governi di sussidiare questi enti.

Una seconda interpretazione vede le imprese non-profit di assistenza sanitaria come uno strumento alternativo “preferenziale” rispetto al tradizionale approccio adottato dagli enti pubblici. L’idea è che le imprese private senza scopo di lucro possano ottenere vantaggi sia in termini di efficienza operativa interna (maggiore flessibilità del personale), sia come apporto di benefici monetari direttamente nei bilanci pubblici (esenzione fiscale), e ciò chiaramente le rende agli occhi del settore pubblico, più attraenti nella delega della fornitura di beni e servizi collettivi.

In ogni caso, il cosiddetto “vincolo di non distribuzione” cui sono assoggettati gli enti non-profit rappresenterebbe una garanzia per superare le

una spiegazione razionale sul perché il governo sovvenzioni operatori sanitari non-profit, dal momento che, è difficile per il settore pubblico, monitorare costi e qualità dei servizi forniti dagli operatori privati, perciò, le sovvenzioni ad essi offerte, sembrano essere legate più al “titolo” non-profit, piuttosto che a criteri di prestazione specifici.

asimmetrie informative e per migliorare il controllo di qualità dei servizi che tali entità forniscono¹¹¹.

In merito al tema portante del presente lavoro, è opportuno sottolineare, come detto, che la collaborazione è una delle forme più significative nelle quali si sviluppano i complessi rapporti tra pubblico e privato in sanità. Con riferimento alle aziende non-profit, questo tipo di relazione, non si configura semplicemente come la cessione di un servizio, ma come l'ottimizzazione di specifiche competenze, cooperazione e condivisione di obiettivi comuni.

Sono quattro gli elementi che vengono favoriti dal processo di Partnership tra pubblico e non-profit¹¹²:

- l'adozione di una *vision* comune;
- l'istituzione di una *mission* comune, che definisce obiettivi e risultati da raggiungere;
- la definizione di ruoli, responsabilità e relazioni tra le diverse organizzazioni e tra i partner;
- lo sviluppo e l'attuazione di politiche di responsabilità nei confronti della comunità, tra le quali rientra il monitoraggio dei costi e la valutazione di qualità dei servizi erogati¹¹³.



Fig. 1, Il continuum degli accordi di collaborazione con il non-profit, Coleman S., Sowa J.E., Sandfort J. (2006).

La Figura illustra il processo di “*collaboration continuum*” attraverso cui si evolvono le relazioni con il non-profit. L'intensità della relazione passa da un'estremità in cui troviamo la cooperazione interorganizzativa sostenuta da contatti informali tra la direzione e il personale delle diverse organizzazioni,

¹¹¹ Greaney T. L., Boozang K. M.(2005), *Op.cit.*

¹¹² Coleman S., Sowa J.E., Sandfort J. (2006), The Impact of Nonprofit Collaboration in Early Child Care and Education on Management and Program Outcomes, *Public Administration Rev.*, 66(3), pp. 412 – 425.

¹¹³ Alexander J. A., Comfort M.E., Weiner B.J.,(1998), *Op.cit.*

all'altra estremità in cui viene formalizzata l'integrazione delle attività, in cui gli attori operano insieme per fornire un nuovo pacchetto di servizi.

Tra questi due estremi vi sono (a) il coordinamento, in cui entrambe le organizzazioni si sforzano di calibrare le loro azioni (nonostante esse rimangano indipendenti), e (b) la collaborazione, in cui condividono le risorse tecnico-finanziarie, gestionali e relazionali. La complessità manageriale della collaborazione, varia da una gestione semplice ad una via via più complessa. Il coinvolgimento del privato sociale nella produzione e nell'erogazione dei servizi sanitari passa attraverso le scelte strategiche dell'Ente pubblico che, sceglie la forma istituzionale di gestione dei servizi che gli consenta di raggiungere obiettivi economici e solidaristici coerenti con i servizi erogati.

La modalità istituzionale che ha assunto in tempi recenti un rilievo consistente in ambito sanitario, è la formula del "volontariato organizzato"¹¹⁴, la quale prevede l'affidamento di un dato servizio ad associazioni disponibili di assumersi gratuitamente l'impegno, mediante forma di accordo o convenzione, che non implichi il riconoscimento economico, ma solo a fronte di assistenza tecnica, erogazione di agevolazioni, strumenti¹¹⁵.

Gli strumenti di attuazione della collaborazione con il non-profit, rientrano nella più ampia categoria delle relazioni di tipo contrattuale, le quali rappresentano sicuramente la più diffusa configurazione organizzativa adottata in sanità.

In linea generale, la principale modalità di riduzione dell'intervento pubblico nella fornitura di servizi sanitari è rappresentata dal *contracting out*¹¹⁶,

¹¹⁴ Generalmente si distingue il volontariato organizzato, rientrante nel terzo settore, dalle forme di volontariato non organizzato (cd. quarto settore) che rifiutano ogni riconoscimento da parte delle istituzioni e intervengono sul territorio con azioni autonome e slegate da ogni rapporto con le amministrazioni pubbliche. MINETTI P., (2005), *Il rapporto tra gli Enti locali e gli Organismi no profit*. Maggioli, Rimini, pp.22 e ss.

¹¹⁵ Si veda Messina A., Carrera D (2008), *Economia e gestione delle aziende nonprofit*. Aracne, Roma, pp. 181.

¹¹⁶ Kramer R.M., (1987) sostiene che nonostante esistano anche degli svantaggi coinvolti nel processo di *contracting out* (ad esempio, difficoltà nel mantenere gli standard uguali, la perdita di responsabilità e di controllo pubblico, costi di monitoraggio), sia il governo che le organizzazioni non-profit hanno incentivi a cooperare.

attraverso il quale l'operatore pubblico delega le attività che riguardano lo sviluppo e/o la gestione dei relativi servizi ma ne conserva la titolarità e si fa carico del loro finanziamento.

Nel nostro Paese, la forma dominante di finanziamento della fornitura di servizi socio-sanitari più diffusa è sicuramente la “convenzione”¹¹⁷. La convenzione, in sostanza, tende a configurarsi come un appalto di servizi, ma si distingue da quest'ultimo per due caratteristiche: (1) la flessibilità di realizzazione rispetto all'evoluzione della domanda sanitaria e, (2) l'assenza di meccanismi di selezione e valutazione delle offerte. Con essa, i partner non creano entità terze giuridicamente separate, piuttosto, stringono accordi per la gestione di determinate attività sanitarie. Rappresenta, quindi, una delle principali modalità attraverso le quali si istituisce una PPP.

Dal processo di convenzionamento emergono però alcuni aspetti critici legati alla relazione pubblico-non-profit: in primis, nell'appalto dei servizi, il criterio di aggiudicazione del prezzo più basso risulta talora essere un problema per le organizzazioni non-profit, che risentono dell'attitudine dell'ente pubblico ad appaltare servizi a prezzi fortemente competitivi. Piuttosto, poiché il fine ultimo dei servizi socio-sanitari è quello della soddisfazione del bisogno, non tendente ad una logica legata al costo del servizio, il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa risulterebbe più idoneo, assegnando l'appalto all'organizzazione che riesca a ponderare in modo ottimale la qualità del servizio con il prezzo dell'offerta.

Altro problema è la difficoltà per l'ente pubblico, di stabilire la qualità dei servizi resi (monitoraggio) e il livello di gradimento dei destinatari degli interventi (valutazione).

¹¹⁷ Essa può essere definita come un rapporto contrattuale di vera e propria fornitura, e perciò soggetto ad imposizione dell'Iva (esclusa nel caso delle organizzazioni di volontariato), e fatturazione da parte del soggetto erogatore. E' uno strumento giuridico che si avvicina molto all'esternalizzazione dei servizi anche se, di norma, rimane una qualche condivisione di risorse tra i partner (locali, attrezzature, personale),

Il sistema di monitoraggio, permette di individuare le criticità nel processo di erogazione, che sono alla base dello scostamento tra obiettivi e risultati; la valutazione invece, permette di analizzare tali criticità e di pianificarne, in modo sistematico, il miglioramento.

Fra gli strumenti di valutazione più importanti c'è la rilevazione della soddisfazione dell'utenza tramite indagini di *customer satisfaction*, che si concretizzano nell'analisi di tutto il processo di erogazione del servizio e l'individuazione di eventuali punti deboli o di intere aree di criticità.

In sintesi, il contributo che le organizzazioni non-profit possono fornire alle aziende sanitarie è evidente, ma i margini su cui lavorare sono ampi. Se negli U.S.A. le organizzazioni non-profit hanno un peso rilevante, ovviamente ciò è anche giustificato dal particolare funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, ma ciò non toglie che i risultati che queste organizzazioni raggiungono sono eccezionali.

Visti i benefici prima conseguibili con questa forma di collaborazione, sarebbe quindi auspicabile una maggiore attenzione della Pubblica Amministrazione nei confronti di queste entità che oggi rappresentano un fenomeno in continua evoluzione, soprattutto sotto il punto di vista occupazionale. In tal senso, andrebbero istituiti degli strumenti adatti per favorirne lo sviluppo.

3. Gli strumenti di valutazione delle partnership pubblico privato in sanità

3.1 Aspetti critici della valutazione della performance in ambito sanitario

L'esigenza di erogare prestazioni efficaci, in modo efficiente, tenendo sempre alto il livello di qualità, e la necessità di fornire adeguate prove documentali che dimostrino il grado di raggiungimento delle finalità cui i servizi sanitari devono rispondere¹¹⁸, rappresentano due punti fondamentali per sviluppare un sistema

¹¹⁸ Per un approfondimento del tema dell'accountability in sanità, si veda Spanò R. (2016), *Op.cit.*

sanitario di qualità, che sia in grado di raggiungere i livelli di cura e, ove previsti di ricerca, che siano i migliori possibili.

Nel contesto sinora analizzato gli indicatori di performance utili al “monitoraggio e alla valutazione dell’attività sanitaria” costituiscono degli strumenti potenti attraverso i quali, ad esempio, i decisori possono cogliere le condizioni iniziali del sistema, identificare i problemi e quantificare gli obiettivi ragionevolmente perseguibili in un definito arco temporale, verificare la corrispondenza fra i risultati ottenuti e quelli attesi, individuare i settori che necessitano di azioni correttive e misurare l’impatto delle attività realizzate.

La premessa d’obbligo, prima di analizzare i contributi accademici a riguardo e di illustrare i principali strumenti di *performance management* adottati in ambito sanitario, è quella di chiarire la complessità dell’oggetto di analisi di queste valutazioni. Infatti, le aziende sanitarie sono delle organizzazioni estremamente complesse, spesso sin troppo ricche di dati non traducibili in informazioni gestionali utili alle decisioni, dove performance e strategia spesso si sviluppano su piani paralleli, e l’*accountability* e la valutazione della performance sono storicamente deboli e talvolta strumentalizzate.

Tale complessità, insieme ad ulteriori fattori quali l’aumento dei costi, i progressi tecnologici, il fallimento del mercato sanitario e gli errori medici, hanno spinto spesso le aziende sanitarie ad introdurre dei meccanismi di valutazione multidimensionali¹¹⁹.

Ciò ha generato un grosso interesse sia a livello accademico che professionale e istituzionale, riguardo alla possibilità di sviluppare dei *framework* concettuali e degli strumenti efficaci sia a livello macro (i diversi

¹¹⁹ Per un approfondimento sul tema dei meccanismi di valutazione multidimensionale, si veda Carbone C., Lecci F., Prenestini A., Rotolo A. (2013), Il cruscotto direzionale multidimensionale di valutazione delle performance: aree, dimensioni e indicatori. Valutazione delle performance per il governo strategico delle aziende sanitarie pubbliche. pP. 59-98, Egea, Milano. Si veda inoltre Arah O.A., Klazinga N.S., Delnoij D.M.J., ten Asbroek A.H.A, Custers T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. International J. for Quality in Health Care, 15(5), pp. 377-398..

paesi) che a livello micro (le aziende sanitarie)¹²⁰. Di conseguenza si è verificato il proliferarsi di un gran numero di *paper* e *report* pubblicati con lo scopo di analizzare quali fossero i migliori strumenti di valutazione delle performance per le aziende sanitarie adottati nei diversi contesti¹²¹, soprattutto per mezzo di metodologie di ricerca qualitative come case studies, o attraverso studi monografici.

Riguardo ai diversi contesti di riferimento nei quali le organizzazioni sanitarie operano, soprattutto in ambito geografico, possono esservi delle differenze tra gli strumenti utilizzati nei diversi paesi. La teoria contingente applicata ai sistemi di controllo e gestione aziendale analizza dei fattori che sembrano influenzare fortemente i sistemi di valutazione della performance in campo sanitario, quali¹²²:

- l'ambiente esterno;
- la tecnologia;
- la struttura organizzativa;
- la strategia;
- la cultura.

¹²⁰ Si veda Arah O.A., Westert G.P., Hurst J., Klazinga N.S.(2006) A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*; September: pp.5-13; Veillard J, Champagne F, Klazinga N., Kazandjian V, Arah O.A., Guisset A.L. (2005), A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International J. for Quality in Health Care*, 17(6), pp. 487-496.

¹²¹ Ballantine J, Brignall S, Modell S (1998), Performance measurement and management in public health services: a comparison of U.K. and Swedish practice, *Management Accounting Research*, 9(1), pp. 71-94; McLoughlin V., Leatherman S., Fletcher M., Owen J.W. (2001), Improving Performance Using Indicators. Recent Experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6):455-62. [PubMed]; Pink G., McKillop I., Schraa E., Preyra C., Montgomery C., Baker G. Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. *J. of Health Care Finance*. 2001, 27(3), pp. 1-20. [PubMed]; NHS Executive (1999) *The NHS Performance Assessment Framework* The Stationery Office, London http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009190; Canadian Institute of Health Information (2000) *Health Care in Canada 2000: a first annual report*. CIHI; Chang L., Lin S., Nothcott D.N. (2002), The NHS performance assessment framework as a "balanced scorecard" approach? *International J. of Public Sector Management*, Vol.16, pp. 345-358.

¹²² Chenhall, R. H., (2003): "Management Control Systems Design within its Organizational Context: Finding from Contingency Based Research and Directions for the Future", *Accounting, Organization and Society*, 28(2-3), pp. 127-168.

Altri autori si sono concentrati sui fattori organizzativi, in particolare sul comportamento dei professionisti rispetto all'uso e l'accettazione degli strumenti gestionali introdotti¹²³. Questo aspetto è orientato soprattutto al processo, alla ricerca delle modalità di implementazione e di attuazione degli strumenti di *performance management*.

La spinta verso la modernizzazione delle modalità di gestione delle aziende sanitarie ha fatto sì che si sviluppassero inoltre numerosi studi sulla possibilità di adottare delle tecniche di analisi comparativa, ed in particolare di *benchmarking*, considerato appunto come una modalità di apprendimento necessaria per rinnovare il settore pubblico¹²⁴.

Johnston¹²⁵ in un rapporto OCSE suggerisce che il *benchmarking* è utile per migliorare le performance, in particolare con riferimento all'efficienza e può fornire un aiuto prezioso nel conciliare le crescenti richieste di assistenza sanitaria con i limiti dei finanziamenti pubblici. Questo discorso apre una finestra importante sul ruolo che gli strumenti di *performance evaluation* possono giocare nel processo di allocazione delle risorse in sanità.

Prima di descrivere i principali strumenti adottati dalle aziende sanitarie per valutare i loro livelli di performance, è necessario chiarire nuovamente i diversi ambiti nei quali le organizzazioni sanitarie devono operare, ovvero quello normativo, quello gestionale-amministrativo e quello tecnico-professionale. Di conseguenza, i diversi ambiti presuppongono esigenze differenti per il controllo della gestione e lo sviluppo di un'ampia schiera di strumenti di valutazione della *performance*. Questo giustifica il massiccio

¹²³ Abernethy M. A., e Stoelwinder J.U. (1991), "Budget Use, Task Uncertainty, System Goal Orientation and Subunit Performance: A Test of the 'Fit' Hypothesis in Non-For-Profit Hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120; Abernethy, M.A; Brownell P. (1999), "The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study", *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), pp. 189-204.

¹²⁴ Kouzmin, A., Loffler, E., Klages, H. and Kadabade, N, K. (1999), *Benchmarking and Performance Measurement in Public Sectors*, *The International Journal of Public Sector Management*, 12(2), pp.121-144.

¹²⁵ Rapporto OCSE, (2004),

utilizzo di strumenti di *performance management* in ambito sanitario, in virtù anche dei diversi scopi intrinseci in ciascun ambito operativo¹²⁶.

A livello normativo, diversi lavori sono volti ad analizzare la trasparenza del sistema sanitario. In tal senso, la creazione di sistemi sanitari trasparenti è finalizzata a creare una forte spinta al cambiamento¹²⁷, una informativa puntuale sui livelli di qualità e di efficienza e sugli incentivi finanziari qualora previsti, e una modalità per informare i pazienti¹²⁸.

Riguardo alla gestione amministrativa, negli ultimi venti anni sono stati sviluppati numerosi strumenti di valutazione, validi soprattutto per le aziende private aventi scopo di lucro¹²⁹. Sebbene questo fine sembri incongruente rispetto alla valutazione delle performance delle aziende pubbliche, alcuni di questi sono in realtà adattabili efficacemente anche alle prestazioni di queste ultime, come dimostrano Kaplan and Norton nel 2000 e nel 2001¹³⁰ attraverso i loro studi.

Tale esigenza di adattamento è diventata in realtà una necessità con l'ingresso in scena di un nuovo stile di governare le aziende sanitarie, nell'impronta del *NPM*¹³¹. L'influenza notevole esercitata sulla pubblica amministrazione al fine di stabilire concretamente una gestione improntata su tale paradigma, e di riflesso sulle aziende sanitarie, ha messo in crisi le radicate modalità di gestione che si basavano sostanzialmente sulle capacità di

¹²⁶ Behn R. (2003), *Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures*. *Public Administration Review* 63(5), pp. 586 – 604

¹²⁷ Elg M. (2001), "Performance measures and managerial work: A modified behavior setting approach to the study of usage of performance measures in managerial meetings", doctoral dissertation, Linköping: Linköping University.

¹²⁸ Schneider, E.C. e Epstein, A.M. (1998), "Use of Public Performance Reports. A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery", *The J. of the American Medical Association*, 279(20), pp. 1638–1642.

¹²⁹ Kaplan, R.S. e Norton, D.P. (1992), "The Balanced Scorecard – Measures that drive performance", *Harvard Business Rev.*, 70(1), 71–79; Kaplan, R.S. and D.P. Norton. (2001), *The strategy-focused organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston: Harvard Business School Press;

¹³⁰ Kaplan R.S. and Norton D.P. (2000), *The Strategy-Focused Organization*. Harvard Business Review Press; Kaplan R.S. and Norton D.P. (2001), *Op.cit.*

¹³¹ Si veda Saltman, R.B., Busse, R (2002), *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice*. In: Saltman, R.B., Busse, R and Mossialos, E. (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, Mc Graw Hill Open University Press, Buckingham, UK and Philadelphia.

autoregolamentazione delle professioni sanitarie, soprattutto riguardo a quelle mediche.

In tale ambito, appare forte il collegamento tra un controllo di gestione delle aziende sanitarie che richiede sempre maggiori competenze e l'esigenza di misurazione dei risultati delle stesse¹³². Numerose ricerche sulla valutazione delle performance nel settore sanitario sono state intraprese in relazione agli approcci gestionali, ma spesso si evince la mancanza di un quadro teorico che spieghi come la misurazione delle prestazioni possa essere organizzata affinché riesca a mettere in luce gli aspetti da migliorare per rendere più efficaci ed efficienti le pratiche di assistenza sanitaria¹³³. L'esigenza di strutturare delle modalità di valutazione efficaci è quanto meno sentita, ma mancano ancora risposte adeguate rispetto all'organizzazione delle attività necessarie affinché ciò avvenga.

Sarebbe auspicabile in tal senso istituire momenti di incontro periodico tra manager e dirigenti medici che potrebbero rivedere le misure necessarie e stabilire delle linee di azione comuni¹³⁴.

Infine, a livello di valutazione dei servizi professionali, in letteratura sono stati identificati vari strumenti aventi lo scopo di controllare, misurare e migliorare le performance delle attività cliniche, ma vi sono risultati spesso contrastanti e pertanto poco attendibili rispetto alla reale possibilità di elaborare

¹³² Si vedano a riguardo: Aidemark L.G. (2001), *The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization*. *Financial Accountability & Management*, 17(1), pp. 23-40; Radnor, Z. e Lovell, B. (2003), "Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting", *International J. of Health Care Quality Assurance*, 16(2), pp. 99-108; McAdam R., Hazlett S.A., Casey C. (2005), "Performance management in the UK Public Sector: addressing multiple stakeholder complexity", *International J. of Public Sector Management*, 18(3), pp. 256-273; Chavan, M. (2009), "The balanced scorecard: a new challenge", *J. of Management Development*, 28(5), pp. 393-406.

¹³³ Neely, A. e Al Najjar, M. (2006), "Management Learning Not Management Control: The true role of performance management?", *California Management Review*, 48(3), pp. 101-114.

¹³⁴ Si veda in tal senso Bourne M., Mills J., Wilcox M., Neely A., Platts K. (2000), "Designing, implementing and updating performance measurement systems", *International J. of Operations & Production Management*, 20(7), pp. 754-771

indicatori in grado di verificare il livello di qualità di molte tipologie di prestazioni sanitarie effettuate¹³⁵.

Di seguito, si offrirà una breve presentazione dei principali strumenti di valutazione delle performance utilizzati dalle aziende sanitarie, prendendo in considerazione principalmente l'approccio manageriale in coerenza con i temi trattati, dopodiché si esplorerà l'evoluzione di questi strumenti rispetto alla valutazione delle PPP.

I framework tradizionali per la valutazione della performance delle aziende sanitarie

Le numerose peculiarità delle aziende sanitarie rendono estremamente difficile realizzare efficacemente determinate modalità gestionali. Ciò è dovuto alla molteplicità degli obiettivi da raggiungere, sul piano delle funzionalità e dell'equilibrio economico, rispetto ai diversi interessi dei gruppi sociali che si relazionano con l'azienda cui tenere conto, e all'impossibilità di stabilire una gerarchia delle priorità rispetto alla moltitudine di attività cliniche da prestare sulla base di un unico criterio di valutazione.

Inoltre, il processo di riforma che ha interessato la maggior parte dei paesi, e con particolare riferimento al nostro, è parso spesso vago e poco incisivo rispetto ai criteri e le modalità con cui la logica di economicità della gestione dovesse essere implementata.

Spesso si tende a richiamare i principi generali di questa logica invitando all'adozione dei classici strumenti del controllo di gestione senza tener conto del fatto che le caratteristiche intrinseche delle aziende sanitarie rendono un sistema basato su indici, statistiche o tabelle, assolutamente carente e incapace di valutare un ambiente così complesso, dinamico e articolato.

¹³⁵ De Vos, M. Graafmans, W. Kooistra, M. Meijboom, B. Van Der Voort, P., Westert, G. (2009), "Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature", *International J. for Quality in Health Care*, 21(2), pp. 119–129.

Nel settore sanitario, è molto complicato assumere delle misure finanziarie, in quanto la maggior parte dei costi sono fissi e c'è un basso margine di manovra riguardo alle politiche di assunzione e licenziamento del personale¹³⁶. Se con l'avvento del paradigma NPM le aziende sanitarie hanno modificato una parte della loro struttura, favorendo l'implementazione di indicatori sanitari che verifichino il livello delle prestazioni fornite, esistono delle peculiarità che non consentono di dare piena efficacia all'utilizzo di tali strumenti.

I risultati medici per esempio, potrebbero scontrarsi con quelli finanziari. Ciò comporta spesso la raccolta di misure di input/output tradizionali¹³⁷, come quelle relative all'utilizzo dei servizi (occupazione dei posti letto, utilizzo delle attrezzature, durata dei ricoveri, e il numero di ricoveri e dimissioni), e l'implementazione di indicatori di scarso contenuto informativo¹³⁸.

Infine, in letteratura vi è una disputa tra chi ritiene che sia necessario adottare indicatori di processo e chi invece crede vadano presi in considerazione misure di risultato¹³⁹. Nonostante vi sia comunanza d'accordo sul fatto che gli indicatori di processo siano più funzionali, appare oggi altrettanto condivisibile

¹³⁶ Brookfield D. (1992), Performance Measurement: Focusing on the Key Issue. *J. of Management in Medicine*, 6(2), pp. 39–45.

¹³⁷ La mortalità, per esempio, è una misura tradizionalmente diffusa, nonostante presenti lo svantaggio di riflettere un evento raro rispetto al volume totale dei servizi sanitari forniti.

¹³⁸ Mark B., Salyer J., Geddes N. (1997), Outcomes Research. Clues to Quality and Organizational Effectiveness? *Nursing Clinics of North America*, 32(3), pp. 589–601; Nutley S.e Smith P. (1998) League Tables for Performance Improvement in Health Care. *Journal of Health Services and Research Policy*. 3(1), pp. 50–57.

¹³⁹ Si veda, in tal senso, Kueng P. (2000), Process Performance Measurement System: A Tool to Support Process-Based Organizations. *Total Quality Management*, 11(1), pp. 67–85; Evans D., Edejer T., Lauer J., Frenk J., Murray C. (2001), Measuring Quality: From the System to the Provider. *International Society for Quality in Health Care*. 13(6):439–46; Rubin H., Pronovost P., Diette G. (2001), The Advantages and Disadvantages of Process-Based Measures of Health Care Quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), pp. 469–474; Mannion R., Davies H. (2002), Reporting Health Care Performance: Learning from the Past, Prospects for the Future. *J. of Evaluation in Clinical Practice*, 8(2), pp. 215–28.

che i diversi indicatori siano complementari¹⁴⁰ e dovrebbero essere di volta in volta utilizzati per soddisfare gli specifici obiettivi valutativi¹⁴¹.

Infine, diversi studiosi hanno provato a comprendere quali strumenti fossero in grado di supportare il management nel raggiungere il duplice obiettivo di valutare l'operato delle aziende sanitarie e porre le basi per determinare delle scelte strategiche. Tuttavia, ciò che è risultato da tali tentativi ha comportato la necessità di adattare gli strumenti esistenti alle specifiche esigenze del settore e delle singole organizzazioni piuttosto che identificarne di nuovi da adottare specificamente per l'ambito sanitario.

Di seguito, si analizzeranno gli strumenti che hanno avuto maggiore impatto¹⁴², tenendo in considerazione i pregi e difetti che ciascuno di essi presenta nella valutazione delle performance delle aziende sanitarie. Si partirà dall'analisi di strumenti prettamente economico finanziari, per poi esaminarne alcuni che prevedono un approccio multidimensionale, nel tentativo di approfondire ulteriori dimensioni come quelle strategiche e organizzative.

Gli strumenti di valutazione economico finanziari

Un primo strumento utile a descrivere in termini quantitativi il programma della gestione futura dell'organizzazione, nonché ad essere una valida base operativa per valutare il grado di raggiungimento della strategia pianificata dalla stessa, è rappresentato dal *budget*.

¹⁴⁰ A riguardo, si veda Baker G. e Pink G. (1995), A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals. Healthcare Management Forum. 8(4); pp. 7–21.

¹⁴¹ Wynia M., Hasnain-Wynia R., McGlynn E., Brook R. (1996), Assessing Quality of Care: Process Measures vs. Outcomes Measures. J. of the American Medical Association; 276(19), pp. 1551–1552.

¹⁴² Per un approfondimento sugli strumenti di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie si veda: Anselmi L., Saita M., (2002) La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie, Il sole 24 Ore, Milano, pp. 171- 282; Pavan A., Olla G. (2000), Il management nell'azienda sanitaria, Giuffrè, Milano; Sforza V., (2005) L'Economia delle Aziende Sanitarie Pubbliche, Cedam, Padova; Bruno P. (2009), Guida pratica alla direzione di struttura complessa in sanità: gli strumenti del management sanitario, come motore per il cambiamento organizzativo, Il Sole 24 Ore, Milano. Cascioli S. (2000), La gestione manageriale della sanità: gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo, FrancoAngeli, Milano.

Le aziende sanitarie possono utilizzare il *budget* sia per programmare l'attività futura che per coordinare i diversi organi di cui si compongono. Infatti, la particolare struttura di queste organizzazioni, divise per unità organizzative specializzate, rende doverosa la coordinazione delle attività che tali unità esplicano nelle diverse fasi, predisponendo dei *budget* periodici.

Oltre all'elemento organizzativo, un ulteriore punto di forza del *budget* è rinvenibile nell'elemento motivazionale che spesso riesce a trasmettere ai dipendenti dell'azienda, in quanto fissa degli obiettivi stimolando gli stessi a raggiungerli.

Tuttavia, se il *budget* viene interpretato come mero adempimento formale, non può produrre sicuramente gli effetti positivi poc'anzi citati. In tal senso, un adeguato stile manageriale rappresenta una variabile organizzativa fondamentale per applicare in maniera efficace la logica budgetaria in una azienda sanitaria, al fine di stimolare anche il coinvolgimento di alcune categorie di soggetti, come i medici, che stentano ancora a riconoscersi nelle "nuove" modalità di gestione delle aziende sanitarie¹⁴³.

Le aziende sanitarie necessitano inoltre di informazioni specifiche al fine di orientare i propri processi decisionali e alimentare le conoscenze che supportano la pianificazione e il controllo di gestione, pertanto avrebbero bisogno anche di predisporre un adeguato sistema di contabilità analitica. La genuina quantificazione del processo di formazione dei costi aziendali nelle organizzazioni sanitarie rappresenta un requisito importante richiesto per la corretta applicazione del NPM, che impronta la gestione di tali enti nell'ottica dell'economicità.

Attraverso la contabilità analitica, ed in particolare con la contabilità per centri di costo, si realizzano numerose finalità, come per esempio la determinazione dei costi del prodotto sanitario, il confronto tra tariffe di remunerazione delle prestazioni sanitarie, la responsabilizzazione dei dirigenti,

¹⁴³ Spanò, op. cit.

la valutazione dell'efficacia gestionale delle unità operative, la formulazione delle analisi di convenienza economica. Anche l'unità di analisi di riferimento per il calcolo del costo può variare, si può infatti analizzare una singola prestazione (es. un intervento chirurgico al torace) piuttosto che un'unità operativa (es. chirurgia toracica) o un processo gestionale (es. accettazione di un paziente).

Al fine di adottare in maniera adeguata tale tecnica l'azienda sanitaria dovrebbe essere analizzata in tutte le sue parti per individuare i diversi centri di costo. Un piano realizzato in maniera corretta contribuisce ad una imputazione precisa dei costi indiretti. Tuttavia, in un contesto caratterizzato da una forte componente di supporto alla funzione produzione come quello sanitario è molto difficile che il principio di causalità implicito in tale strumento sia applicato correttamente¹⁴⁴.

Inoltre, un'ulteriore difficoltà connessa alla ripartizione dei costi indiretti delle aziende sanitarie, è rinvenibile nel fatto che gli incrementi di costo si concentrano maggiormente nell'area delle strutture e di servizio, che non sono direttamente collegate ai processi di erogazione del prodotto sanitario.

Un ulteriore modello di valutazione potrebbe essere l'*Activity Based Cost* (ABC), che consente di superare il problema della ripartizione forzata dei costi indiretti, riferendo buona parte dei costi sostenuti direttamente alla prestazione finale che hanno contribuito a realizzare.

L'elevata differenziazione produttiva e la frenetica evoluzione scientifica tipiche del contesto sanitario, impongono la presenza di una serie di costi che non sono correlati al volume della produzione. Questo modello consentirebbe quindi di volta in volta di individuare le attività richieste da un prodotto per il suo ottenimento e di individuare i *cost driver* ad esse correlate. Tuttavia, la complessità di implementazione insita in questa metodologia, in termini di

¹⁴⁴ Si veda Brusa L. (2000), sistemi manageriali di programmazione e controllo, Giuffrè editore, Milano.

risorse da adoperare per implementarla, e in termini di tempi, è un primo aspetto che sfiducia l'adozione dell'ABC in ambito sanitario.

Inoltre, la mancanza di un mercato di sbocco che caratterizza le aziende sanitarie, elimina la valenza strategica di alcune voci di costo.

Infine, la particolare configurazione organizzativa, che vede spesso un distacco comunicativo tra amministrazione, management e personale medico, non consentirebbe una analisi adeguata di molte delle prestazioni sanitarie e dei costi a queste connesse.

Tuttavia, il controllo certosino sui costi legati ad alcune attività, come per esempio quelle relative alla segmentazione della domanda per rispondere adeguatamente ai bisogni dei pazienti, consentirebbe una conoscenza dei costi atta ad identificare le modalità di erogazione più consone rispetto alle struttura organizzative dell'azienda sanitaria.

In sintesi, riguardo alla prospettiva legata al *management accounting* delle aziende sanitarie, dalla breve disamina effettuata si può comprendere come questa riguardi un aspetto di rilievo fondamentale, ma deve essere associato all'utilizzo di altri strumenti che siano in grado di analizzare altri aspetti della gestione.

Inoltre, nella progettazione di un sistema di *management accounting*, grande attenzione va conferita alla comunicazione e all'interpretazione delle informazioni rilevanti che il sistema informativo deve essere in grado di rappresentare¹⁴⁵. Il sistema informativo deve filtrare infatti le informazioni in modo da fornire ai diversi centri di responsabilità soltanto quelle utili a raggiungere gli obiettivi preposti.

¹⁴⁵ Spanò, *Op.cit.*

Gli strumenti multidimensionali

Balanced performance measurement matrix

Un primo tentativo di sviluppare degli strumenti in grado di valutare diversi aspetti della gestione risale al 1989, con la *Balanced performance measurement matrix*¹⁴⁶. Gli autori organizzano le misure in categorie ‘cost’ e ‘non cost’, ‘external’ e ‘internal’, riflettendo la necessità di un maggiore equilibrio delle stesse lungo queste dimensioni.

La matrice ha il considerevole pregio di essere molto semplice da utilizzare¹⁴⁷ e di potere ospitare qualsiasi misura di performance, sia finanziaria che non, esterna o interna¹⁴⁸.

Tuttavia, lo strumento appare poco sviluppato per una analisi accurata delle contingenze future¹⁴⁹. Inoltre, non legge esplicitamente i legami tra le diverse dimensioni della performance del business, il che rende poco efficace il processo di misurazione delle prestazioni maggiormente complesse, specie in organizzazioni che si caratterizzano per esplicare numerose attività di questo tipo, come quelle sanitarie.

Nel 1991 Fitzgerald et al.¹⁵⁰ hanno modificato la matrice denominandola “Modello dei Risultati e delle Determinanti”. L’idea guida era quella di classificare le misure in due tipologie fondamentali: quelle di risultato (competitività, performance finanziaria) e quelle in grado di determinare i risultati (qualità, flessibilità, utilizzazione delle risorse e innovazione).

Infatti gli autori spiegano la distinzione tra risultati e determinanti evidenziando la relazione esistente tra i risultati ottenuti e le performance

¹⁴⁶ Keegan, D.P., Eiler, R.G., Jones, C.P. (1989), “Are your performance measures obsolete?”, *Management Accounting*, 70(12), pp. 45-50.

¹⁴⁷ Neely A., Adams C., Kennerley M. (2002), *The Performance Prism: The Scorecard for Measuring and Managing Business Success*, London: Prentice.

¹⁴⁸ Neely A. D., Mills J. F., Gregory M. J., Platts K. W. (1995), "Performance measurement system design - a literature review and research agenda", *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4), pp. 80-116.

¹⁴⁹ Anderson K. e McAdam R. (2004), “A critique of benchmarking and performance Lead or Lag. Benchmarking: An International J., 11(5), pp. 465-483.

¹⁵⁰ Fitzgerald L., Johnston R., Brignall T. J., Silvestro R., Voss C. (1991), *Performance Measurement in Service Businesses*, The Chartered Institute of Management Accountants, Londra.

passate in relazione a fattori specifici. E' chiaro che, anche in questo caso, il tentativo va nella direzione di identificare anticipatamente i driver della performance allo scopo di influenzarne il livello.

Se tale modello supera uno dei limiti insiti nel precedente, ovvero la mancata interpretazione dei legami tra le diverse dimensioni della performance del business, d'altro canto non sembra risolvere il problema di analisi delle contingenze future.

Performance pyramid system

Contestualmente, Lynch e Cross (1991)¹⁵¹ hanno sviluppato la *Performance pyramid system*, la quale include misure "interne" ed "esterne" della performance. A ciò aggiunge la possibilità di sviluppare un set di misure a vari livelli gerarchici dell'organizzazione in grado di riflettere sia la visione societaria che gli obiettivi interni e esterni dell'unità di business.

La piramide contiene quattro livelli di obiettivi che riguardano l'efficacia esterna dell'organizzazione e contemporaneamente l'efficienza interna.

Al primo livello della piramide è definita una visione aziendale complessiva, che viene poi suddivisa in singoli obiettivi di *business unit*.

Al secondo livello della piramide sono fissati gli obiettivi di breve termine (ad esempio i flussi di cassa e la redditività) e quelli di lungo termine, legati al tasso di crescita (ad esempio di mercato, finanziari).

Il terzo livello contiene misure operative (ad esempio la soddisfazione del cliente, la flessibilità, la produttività).

L'ultimo livello comprende quattro indicatori chiave delle misure di performance: qualità, consegna, ciclo di vita delle attività, sprechi.

Lo strumento ha sicuramente il pregio di provare ad integrare gli obiettivi aziendali con gli indicatori di performance operativa e tenta di fornire una valenza strategica alle misure di performance.

¹⁵¹ Lynch, R. L. & Cross, K. F. (1991), *Measure Up! Yardsticks for Continuous Improvement*, Basilblackwell, Oxford.

D'altro canto, la piramide non fornisce un meccanismo che identifichi chiaramente i *key performance indicator*¹⁵² e non considera in maniera adeguata le misure riguardanti il personale così come invece farà in seguito la *Balanced scorecard*¹⁵³. Tale limite rappresenta un punto di debolezza rilevante per un eventuale utilizzo dello strumento in ambito sanitario.

Balanced scorecard

Il processo evolutivo descritto trova nella Balanced Scorecard (BSC) proposta in una prima versione da *Kaplan* e *Norton* nel 1992, e sviluppata attraverso una serie di lavori successivi, il primo stadio di vera maturità.

La BSC identifica e integra quattro differenti modi di considerare la performance (Prospettiva Finanziaria, del Cliente, dei Processi Interni e dell'Innovazione e Apprendimento). Il fondamento della BSC consta nella necessità di attribuire lo stesso peso alla performance finanziaria, ai suoi driver e a quelli relativi al miglioramento in atto e della performance futura.

La scelta di queste prospettive non è casuale: offre una visione trasparente di interconnessione tra il successo dell'organizzazione e i driver di performance. Così, gli autori hanno costruito un sistema flessibile nel quadro della strategia stabilita. Pur comprendendo molte delle istanze di misurazione contenute in sistemi già proposti, essa tende a collegare in modo esplicito la misurazione delle performance alle strategie adottate dalle organizzazioni, fino a rendere possibile la deduzione della strategia di un'organizzazione ripercorrendone le misure. E' palese quindi come questo strumento a differenza degli altri, assuma anche una notevole valenza strategica.

¹⁵² Al fine di approfondire l'analisi dello strumento, si veda Striteska M. e Spickova M. (2012), "Review and Comparison of Performance Measurement Systems", *Journal of Organizational Management Studies* 2012(2012), pp.1-12.

¹⁵³ Per un confronto, si veda Bond, T.C. (1999), "The role of performance measurement in continuous improvement", *International J. of Productions and Operations*, 19(12), pp. 1318-1334.

Gran parte degli studiosi¹⁵⁴, identificarono nel modo in cui la BSC integra diverse classi di prestazioni organizzative, attraverso un approccio multidimensionale alle performance di un'organizzazione, uno dei punti di forza dello strumento.

La BSC ha sicuramente il merito di avere nel tempo ravvivato profondamente il dibattito in tema di misurazione delle performance¹⁵⁵.

La vera innovazione insita nello strumento è rinvenibile nel superamento della tradizionale misurazione delle performance di tipo economico finanziario, ampliando il campo della misurazione a indicatori di natura eterogenea¹⁵⁶.

Inoltre, come anticipato poc'anzi, la BSC non è soltanto uno strumento di misurazione, ma anche di gestione strategica, capace di integrare le misure economico-finanziarie delle performance passate con le misure dei driver delle performance future.

Rispetto al processo di monitoraggio, lo strumento utilizza un appropriato processo di relazioni causa-effetto¹⁵⁷.

La grossa diffusione della BSC ha fatto sì che questa fosse utilizzata da moltissime aziende sanitarie, soprattutto operanti negli Stati Uniti.

Il processo di adattamento è apparso tuttavia particolarmente complesso. Per esempio, i rapporti interni tra medici ed altri operatori e la qualità delle cure sono attributi importantissimi delle performance sanitarie, molto difficili da misurare, interpretare e comparare con altre organizzazioni.

Baker e Pink (1995)¹⁵⁸ sono stati tra i primi a sostenere che i meccanismi insiti nello strumento erano adattabili alle attività sanitarie. Di lì, il proliferarsi

¹⁵⁴ Neely A., Adams C., Crowe P. (2001), "The Performance Prism in Practice," *Measuring Business Excellence*, Vol. 5, 2, S. Pp. 6 - 12. Issn 1368-3047. *Press, Croton-on-Hudson, Ny*; Atkinson, H. and Brown, J.B. (2001), "Rethinking performance measures: assessing progress in UK hotels", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 13, No. 3, pp.77-85.

¹⁵⁵ Olsson B., Karlsson M., Sharma E. (2000), "Towards a theory of implementing the balanced scorecard: A study in association with the Swedish telecommunication firm Ericsson", *J. of Human Resource Costing and Accounting*, 5(1), pp. 9-84.

¹⁵⁶ Schwartz, J. (2005). "The Balanced Scorecard Versus Total Quality Management: Which is Better for Your Organization?," *Military Med.*, Vol. 170(10), pp. 855-858.

¹⁵⁷ Striteska M. e Spickova M. (2012), *Op. cit.*

¹⁵⁸ Baker G. e Pink G. (1995), *Op.cit.*

di contributi a favore di un utilizzo della BSC in sanità¹⁵⁹, ma allo stesso tempo la consapevolezza del fatto che lo strumento necessitava di una serie di modifiche per essere adottato dalle aziende sanitarie.

Infatti, sebbene originariamente Kaplan e Norton abbiano postulato quattro dimensioni prestabilite per la BSC, prevedevano la possibilità di adattare tali variabili alle esigenze e alle strategie delle diverse organizzazioni.

Così si è sviluppato un filone di letteratura che ha rivisitato la versione originale della BSC¹⁶⁰, proponendo dei modelli personalizzati dello strumento, che talvolta includono delle nuove prospettive¹⁶¹.

Ciò dimostra la grande flessibilità dello strumento in fase di progettazione. Un lavoro molto interessante di Zelman, Pink e Matthias (2003)¹⁶², ha analizzato le principali modifiche operate sulle dimensioni della BSC in ambito sanitario, soprattutto riguardo all'inserimento di nuove prospettive. La tabella sottostante sintetizza i vari contributi.

¹⁵⁹ Ten Asbroek A.H., Arah O.A., Geelhoed J., Custers T., Delnoij D.M., Klazinga N.S. (2004). Developing a National Performance Indicator Framework for the Dutch Health System. *International J. of Quality in Health Care*, 16(1), pp. 65–71; Bisbe J. e Barrabe's J. (2012), The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations. *Rev. Esp. Cardiol.*, 65(10), pp. 919-927; Hoque, Z. (2014), 20 years of studies on the Balanced Scorecard: Trends, accomplishments, gaps and opportunities for future research, *The British Accounting Rev.*, 46(1), pp. 33-59; Modell, S. (2012), The Politics of the Balanced Scorecard, *J. of Accounting & Organizational Change*, 8 (4), pp. 475-489; Baraldi S. (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw hill Education, Milano.

¹⁶⁰ Aidemark, L.G. (2001), *Op. cit.*; Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001), *Op. cit.*; Radnor, Z. e Lovell, B. (2003), *Op. cit.*; Curtwright, J.W., Stolp-Smith, S.C., Edell, E.S. (2000), "Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic", *J. of Healthcare Management*, 45(1), pp.58-68; Meliones J. N., Ballard R., Liekweg R., Burton W. (2001), No Mission...NoMargin: It's That Simple. *J. of Health Care Finance*, 27 (3), pp. 21-29; Gumbus, A., Lyons, B., & Bellhouse, D. (2002), Journey to destination 2005: How Bridgeport Hospital uses a balanced scorecard to map its course. *Strategic Finance*, 84(2), pp.46-50; Josey C., Kim I. (2008), Implementation of the balanced scorecard at Barberton citizens hospital, *J. of Corporate Accounting & Finance*, 19(3), pp. 57-63.

¹⁶¹ Per un approfondimento, si veda in tal senso, Zelman W.Z., Pink G.H., Matthias C.B. (2003), Use of the balanced scorecard in health care, *J. Health Care Finance*, 29(4), pp. 1–16; Santiago J.M. (1999), Use of the Balanced Scorecard to improve the quality of behavioral health care, *Psychiatr. Serv.*, 50(12), pp. 1571–1576.

¹⁶² W.Z. Zelman, G.H. Pink, C.B. Matthias. (2003), *Ibidem*.

Tab.7: Proposte di nuove prospettive per l'applicazione della BSC in sanità

Principali modifiche	Azienda sanitaria osservata	Fonte
Sviluppo e focalizzazione sulla comunità, le risorse umane, la qualità delle cure e dei servizi	Long Tern Care Industry – Ebenezer Society Board of Social Ministries	Pothoff et al.
Produttività clinica, rispetto reciproco e diversità; impegno sociale; valutazione ambientale esterna; caratteristiche dei pazienti	Outpatient Operations – Mayo Clinic	Curtwright et al.
Risultati	Health Network- Carondelet Health Network Behavioral Health Care	Santiago
Prospettiva del cliente al primo livello della BSC	Pysician Practices-Yale Faculty Practice (Yale University school of medicine)	Rimar
Review dei temi principali	Academic medical Centers	Zelman et al.

Fonte: *Zelman W.Z., Pink G.H., Matthias C.B., 2003.*

Pothoff et al (1999)¹⁶³ propongono una BSC contenente come nuove prospettive lo sviluppo e la focalizzazione sulla comunità, le risorse umane, la qualità delle cure e dei servizi.

Di particolare rilievo l'intento di estendere alla prospettiva del cliente esistente della classica BSC l'ampia schiera di *stakeholders* che entrano in contatto con le aziende sanitarie¹⁶⁴.

¹⁶³ Potthoff S.O., Ison D. (1999), Thompson N., and Kissner M., "Long term Care Management: A Balanced Performance Measurement System", J. of Strategic Performance Measurement, 31(1), pp.16-22.

¹⁶⁴ Bisbe J. e Barrubés J. (2012), *Op.cit.*

Curtwright et al (2000)¹⁶⁵ descrivono come la *Mayo clinic* modifica la BSC in linea con il suo *core business* includendo nuove prospettive quali l'impegno sociale, le caratteristiche dei pazienti, il rispetto reciproco e la diversità.

Santiago (1999)¹⁶⁶ evidenzia l'importanza della qualità delle cure e dei risultati, e cita l'esempio del *Carondelet Health network* che aggiunge la prospettiva dei risultati.

Altri autori invece hanno provato a modificare la struttura della BSC. Rymar (2000)¹⁶⁷ sottolinea come il programma di cura praticato presso la *Yale University School of medicine* dimostri che la prospettiva del cliente debba essere inserita nel livello superiore della BSC.

Zelman et al (2003)¹⁶⁸ oltre ad effettuare una accurata review della letteratura sul tema, adattano la BSC ai *research hospital*¹⁶⁹, per riflettere le caratteristiche uniche di questi istituti.

Dopo aver analizzato le prospettive che potrebbero adattare la BSC nel contesto sanitario, ora si proverà a comprendere in maniera sintetica come nella pratica lo strumento è utilizzato dalle aziende sanitarie. Una tipica BSC di un'azienda sanitaria potrebbe articolarsi in quattro prospettive diverse¹⁷⁰:

- economico-finanziaria;
- paziente/cliente;
- processi aziendali interni;
- apprendimento e crescita.

¹⁶⁵ Curtwright J.W., Stolp-Smith S.C., Edell E.S., (2000), Op. cit.

¹⁶⁶ Santiago J.M. (1999), *Op.cit.*

¹⁶⁷ Rymar S., (2000), *Strategic Planning and the Balanced Scorecard for Faculty Practice Plans*", *Acad. Med.*, 75(12), pp. 1186-1188.

¹⁶⁸ Op. cit.

¹⁶⁹ Nell'accezione di *research hospital* si intende accogliere quegli istituti che operano sia attività di cura che di ricerca. In Italia operano sotto la veste di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS),

¹⁷⁰ Vignati E., Bruno P., (2004) *Balanced Scorecard in Sanità*, Franco Angeli, (seconda edizione), Milano.

In questo contesto, la prospettiva economico-finanziaria si traduce nell'obiettivo del pareggio di bilancio. L'equilibrio tra costi e ricavi esprime in sanità l'indice sintetico capace di fornire informazioni sulla reale capacità del management di rispondere alle richieste dei cittadini, al tempo stesso finanziatori e fruitori del Servizio Sanitario Nazionale. L'equilibrio economico è la sintesi del livello di organizzazione di una struttura sanitaria che sia in grado di rispettare i parametri di economicità.

La prospettiva del paziente/cliente comprende misure fondamentali come la soddisfazione, la fidelizzazione, l'acquisizione di nuovi pazienti/clienti, la redditività e la quota di mercato. I driver individuati in questa prospettiva devono quindi convincere i pazienti/clienti a restare fedeli alla struttura sanitaria; per cui si fa riferimento a fattori quali la qualità delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, i tempi di attesa, la capacità di anticipare i loro bisogni introducendo servizi innovativi capaci di incontrare le esigenze emergenti.

Riguardo ai processi interni, l'azienda sanitaria deve concentrarsi sui pazienti/clienti del futuro, adottando quindi una prospettiva di lungo termine che tenga conto della qualità delle *core activities* che l'organizzazione offre.

Con riferimento alla prospettiva dell'apprendimento e della crescita, la BSC si focalizza sull'infrastruttura che l'azienda sanitaria deve costruire per creare le condizioni affinché cresca nel lungo termine, e ciò si sviluppa su tre fronti, ovvero il personale, i sistemi e le procedure organizzative.

Per quanto riguarda le misure che fanno riferimento alle diverse prospettive, queste sono molteplici e sono collegate fra loro in una concatenazione di rapporti causa-effetto, che definiscono l'intera strategia dell'organizzazione dei dipartimenti che la costituiscono¹⁷¹.

¹⁷¹ Le misure si distinguono tra diagnostiche e strategiche; le prime attestano se l'azienda sanitaria è sotto controllo, le seconde evidenziano una strategia in grado di garantire l'eccellenza della struttura sanitaria.

In sintesi, l'applicazione della BSC in ambito sanitario presenta diversi vantaggi. In primo luogo, rappresenta lo strumento che amplia la prospettiva di valutazione oltre i soliti parametri economico-finanziari. Inoltre, rappresenta uno strumento di gestione strategica, oltre che di monitoraggio, il che la rende ulteriormente completa, in quanto riesce ad integrare le misure economico finanziarie delle performance passate con le misure dei driver delle performance future.

La multidisciplinarietà dello strumento consente inoltre di pervenire ad un monitoraggio interdisciplinare delle attività, e allo stesso tempo richiede un continuo processo di comunicazione e di scambio di informazioni tra i diversi centri di responsabilità, che se ben strutturato può rappresentare un incentivo rispetto alle prestazioni degli attori coinvolti, specie in organizzazioni così variegate sotto il punto di vista delle competenze.

La relazione causa-effetto rappresenta un ottimo input per l'approccio multidisciplinare che si prepone lo strumento. Infine, la grande flessibilità della BSC, requisito fondamentale per adattarlo al contesto sanitario, rappresenta uno dei principali punti di forza.

D'altro canto, l'applicazione della BSC in sanità presenta anche una serie di difficoltà implementative.

In primo luogo, essa non tiene conto di una serie di aspetti presenti nei modelli precedentemente analizzati, che potrebbero essere utilizzati per migliorarne la capacità di controllo. L'assenza della dimensione della competitività¹⁷², inclusa invece nel modello di Fitzgerald et al. (1991)¹⁷³, rende la BSC inadeguata rispetto alla adozione di tecniche comparative (*benchmarking*). Questo limite rischia di rendere la BSC uno strumento autoreferenziale. Proprio per tale motivo, spesso si ritiene che essa risulti valida più per il suo potere esplicativo che non per quello metodologico, pur consentendo, nello specifico, al medico e al manager di ragionare su una base

¹⁷² Si veda Neely A. D., Mills J. F., Gregory M. J., Platts K. W., (2005), *Op.cit.*

¹⁷³ *Op.cit.*

comune, e di assumere decisioni sull'attività partendo da presupposti condivisi. Ulteriore limite è rinvenibile negli alti costi associati all'implementazione della stessa.

Tuttavia, alcune delle difficoltà che emergono nell'implementazione, possono essere risolte vista la grande flessibilità dello strumento.

In conclusione, ammesso il valore aggiunto che lo strumento è in grado di fornire alle aziende sanitarie, e premesso il necessario processo di adattamento che le peculiarità di tali organizzazioni richiedono per l'adozione, il suo utilizzo potrebbe essere accompagnato da ulteriori strumenti che siano in grado di superare i limiti poc'anzi citati.

Performance prism

Un ulteriore *framework* viene sviluppato da Neely (2001)¹⁷⁴, il quale propone un modello poliedrico con il tentativo di colmare le lacune degli altri *framework* disponibili. Il sistema di misurazione è completamente orientato verso gli *stakeholders*, e segue cinque prospettive, distinte ma collegate, rispetto alle quali definire un set di misure della performance, ovvero:

- soddisfazione dello *stakeholder* - individuazione degli *stakeholders* schiave e delle loro aspettative;
- strategia - individuazione delle strategie atte a garantire il soddisfacimento delle aspettative degli *stakeholder* chiave;
- processi - individuazione dei processi critici atti a migliorare le strategie;
- capacità - individuazione delle capacità idonee a migliorare i processi;
- contributo degli *stakeholders* - individuazione del contributo da richiedere agli *stakeholders* per mantenere e sviluppare le capacità.

¹⁷⁴ Neely, A., Adams, C., Crowe, P. (2001), *Op.cit.*

Il modello rientra in una concezione allargata della creazione di valore per l'azienda, secondo la quale non sarà possibile creare valore per gli azionisti, senza prima aver creato valore per gli *stakeholders*.

Il sistema fornisce quindi una visione più ampia delle parti interessate rispetto alla BSC, che prende in considerazione principalmente i clienti e gli azionisti.

Il modello considera anche i soggetti preposti alla regolamentazione e i gruppi di pressione, ovvero organismi che assumono una grande importanza per le aziende sanitarie.

Inoltre consente di fornire un quadro equilibrato delle attività, mettendo in evidenza in modo significativo le misure esterne ed interne, oltre a consentire la misurazione dell'efficienza e dell'efficacia delle attività finanziarie e non.

Sebbene il *framework* abbia indubbiamente valore dal punto di vista concettuale, l'adozione concreta è spesso limitata proprio dal fatto che non vi è una guida su come identificare le appropriate misure e come utilizzarle per prendere delle decisioni. In un contesto così complesso come quello sanitario questa può rappresentare una grave mancanza.

Come appare evidente, tutti i sistemi citati, pur non costituendo certamente l'intero universo dei modelli di misurazione proposti, si caratterizzano per una serie di fattori:

- necessità di un approccio bilanciato alla misurazione;
- semplicità segnaletica della misurazione;
- multidimensionalità della performance;
- assenza di una visione univoca sulle dimensioni da misurare;
- necessità di ipotizzare legami causali tra diverse dimensioni della performance per ottenere informazioni sulle future strategie da adottare.

Tra i vari *framework* esplorati, il modello della BSC, opportunamente corretto, ampliato nelle prospettive e testato empiricamente, offre comunque un elevato grado di sistematicità e di adattabilità rispetto alle esigenze di ogni

impresa¹⁷⁵. Inoltre, la BSC sembra essere l'unico strumento che crea collegamenti espliciti tra le diverse dimensioni al fine di valutare un sistema così complesso come quello delle organizzazioni sanitarie.

Infine, la BSC soddisfa meglio di gran parte degli strumenti analizzati la richiesta di *accountability* verso l'ampia schiera degli *stakeholders* delle aziende sanitarie.

3.2 Problematiche di adattamento degli strumenti di valutazione alle partnership pubblico privato in sanità

Il grande interesse della letteratura riguardo i sistemi di misurazione della performance delle aziende sanitarie, non si riscontra nelle diverse configurazioni di *governance* che queste organizzazioni possono assumere, come per esempio le PPP.

Come precedentemente affermato, diversi sono gli studi che, soprattutto mediante metodologie qualitative come i *case studies*, analizzano sommariamente le performance sia in termini finanziari che non finanziari che gli attori protagonisti delle PPP raggiungono a seguito della costituzione della partnership. Tuttavia, emerge un disinteresse totale rispetto alle modalità e agli strumenti attraverso i quali, nello specifico, si possono misurare e valutare queste performance a livello aggregato, indipendentemente dal fatto che si prenda in considerazione una partnership contrattuale piuttosto che istituzionalizzata.

In realtà, a livello più generale, il limite riguarda le indagini sugli strumenti del controllo di gestione delle relazioni interorganizzative che coinvolgono le organizzazioni pubbliche, che suscitano uno scarso interesse, e talvolta, sono affrontate senza far riferimento ad analisi empiriche o sono comunque trattate in maniera marginale da studi focalizzati su tematiche differenti.

¹⁷⁵ Costabile M. e Cariola A. (2004), La misurazione delle performance dell'impresa che innova: aspetti definitivi e verifiche empiriche, Sinergie, n.65.

Ciò costituisce una lacuna notevole, dal momento che i network costituiti da organizzazioni pubbliche, da enti non-profit e imprese private, erogano servizi pubblici di grande rilevanza per la collettività, come quelli relativi alla salute o alla salvaguardia dell'ambiente¹⁷⁶.

La mancanza di studi sulla programmazione e il controllo nelle relazioni interorganizzative, soprattutto in ambito pubblico, ha comportato la presenza di un gap fra conoscenze possedute con riferimento alle relazioni interorganizzative fra imprese e situazioni simili riguardanti le organizzazioni pubbliche.

Nonostante ciò, gli studiosi sono concordi sull'importanza delle PPP, specie per il contesto sanitario, considerandole come una modalità innovativa di fornire servizi sanitari beneficiando delle risorse provenienti dal settore privato¹⁷⁷.

In particolare, in letteratura sono stati indagati gli effetti delle PPP sulla performance finanziaria complessiva dei partner pubblici, sottolineando due vantaggi principali¹⁷⁸. In primo luogo, il coinvolgimento di partner privati, riduce la pressione sui bilanci pubblici e permette un migliore approvvigionamento ed una più efficiente allocazione delle risorse finanziarie.

In secondo luogo, le più sofisticate competenze manageriali, provenienti dal settore privato, consentono una migliore erogazione dei servizi a costi ridotti.

Anche se questi studi hanno messo in evidenza i vantaggi che le PPP apportano per le performance finanziarie, ci sono diverse ragioni per credere che i privati possano apportare anche vantaggi di tipo diverso e per soggetti differenti. Questi possono comprendere, tra gli altri, i risultati sanitari relativi ai pazienti, e quindi alla qualità delle cure prestategli, e alla loro soddisfazione.

¹⁷⁶ Brinton Milward H.B., Kenis P., Raab J. (2006), «Introduction: towards the study of network control», *International Public Management J.*, 9(3), pp. 203-208.

¹⁷⁷ Si veda, in tal senso, Hellowell M. (2016), *Op.cit.*

¹⁷⁸ Torchia M., Calabro` A., Morner M., 2013, *Op.cit.*

Tali migliorie si verificano spesso quando i privati non forniscono soltanto risorse finanziarie, ma anche lavorative, in questa fattispecie di tipo medico professionale, ma ovviamente in altre anche di tipo manageriale.

Se da un lato le partnership sono in grado di apportare questi preziosi contributi, dall'altro non vi sono studi specifici che provino a dare rilievo a degli strumenti che siano in grado di valutare l'impatto reale di queste collaborazioni sulle performance dell'attore pubblico.

Come analizzato nel paragrafo precedente, lo strumento che meglio degli altri riesce a valutare sia dal punto di vista strategico che operativo il livello delle performance delle aziende sanitarie, sembra essere la BSC. Un grande vantaggio della BSC è sicuramente quello di valutare le prestazioni delle aziende sanitarie sia dal punto di vista finanziario che rispetto ad altre prospettive, che riguardano, nel particolare contesto, una moltitudine di *stakeholders*. Inoltre, la BSC esplicita i *drivers* che possono consentire all'organizzazione di raggiungere i migliori risultati aziendali. Nonostante ciò, l'attenzione che questo strumento ha ottenuto nella valutazione delle PPP, appare quantomeno limitata¹⁷⁹.

Sarebbe tuttavia forzato, come già affermato in precedenza, adottare il modello di BSC tradizionale, fondato sulle quattro prospettive classiche, al così specifico contesto sanitario, specie se si prova a valutare gli effetti di una partnership con imprese private, che significherebbe prendere in considerazione ulteriori fattori da analizzare.

Dunque, sulla base delle premesse fatte, analizzando le partnership attraverso un approccio multidimensionale, che la BSC offre, una soluzione condivisibile potrebbe essere quella di seguire il filone della letteratura che ha revisionato la versione tradizionale della stessa¹⁸⁰. Ciò può consentire di

¹⁷⁹ Dean, A. e Kiu C. (2002), 'Performance monitoring and quality outcomes in contracted services', *International J. of Quality & Reliability Management*, 19 (4), pp. 396-413; Jamali D. (2004), *Op.cit.*

¹⁸⁰ Aidemark, 2001, *Op.cit.*; Kaplan and Norton, (2001), *Op.cit.*; Radnor e Lovell, (2003), *Op.cit.*; Curtwright, J.W., Stolp-Smith, S.C., Edell, E.S. (2000), *Op. cit.*; Meliones J. N, Ballard R, Liekweg R,

proporre un modello adatto a valutare la reale efficacia delle partnership, cogliendo le peculiarità che caratterizzano le organizzazioni che costituiscono questa modalità di collaborazione.

Nel terzo ed ultimo capitolo, tale tentativo è stato effettuato attraverso lo sviluppo di una particolare versione di BSC adattata alle caratteristiche di una partnership tra un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed una associazione non-profit operanti in Italia.

Burton W.(2001), *Op.cit.*; Gumbus, A., Lyons, B., & Bellhouse, D. (2002), *Op.cit.*; Pink *et al.*, (2003), *Op.cit.*; Josey and Kim, (2008), *Op.cit.*

CAPITOLO II

Il disegno della ricerca

SOMMARIO: 1. La metodologia di indagine 1.1 Il “case study” longitudinale 1.2 I vantaggi dell’approccio partecipativo nello sviluppo del caso studio 2. Le fasi della ricerca 2.1 L’analisi dei sistemi di misurazione della performance preesistenti 2.2 Lo sviluppo del modello di valutazione della performance 2.3 L’applicazione del modello al caso studio 3. Il caso studio oggetto di indagine: la partnership tra l’IRCCS Fondazione “G. Pascale” e l’A.V.E.P. Onlus 3.1 Il contesto di riferimento 3.2 Gli attori della partnership

1. La metodologia di indagine

Dato lo scarso apporto di risultati sul tema della valutazione della performance delle PPP in ambito sanitario, è stato adottato un approccio di ricerca che consentisse di testare sul campo quali fossero le migliori modalità per osservare tale inesplorato fenomeno e quale modello potesse carpire in maniera tangibile il contributo delle *partnership* nel contesto analizzato. In virtù del gap individuato, l'obiettivo della ricerca consiste proprio nello sviluppo di un modello, che attraverso un approccio multidimensionale, consentisse di valutare l'impatto di una *partnership* sulle performance di una azienda sanitaria. Per raggiungere tale obiettivo è stata adottata la metodologia *case study* attraverso un approccio partecipativo, che ha visto in prima linea il team di ricercatori in collaborazione con i rispettivi staff delle due organizzazioni protagoniste della *partnership*.

In questa prima parte, si analizzerà dapprima la metodologia *case study*, osservando quali sono le peculiarità di un *case study partecipativo*. Successivamente, si approfondiranno le motivazioni che hanno spinto l'adozione di questa metodologia di ricerca. In seguito, si illustreranno le fasi che compongono il disegno di ricerca, e le modalità attraverso le quali è stata adottata la metodologia scelta attraverso un approccio partecipativo. Infine, si analizzerà il contesto all'interno del quale la ricerca è stata sviluppata, con particolare riferimento agli attori protagonisti della *Partnership*.

Prima di argomentare le motivazioni che hanno spinto i ricercatori ad adottare la metodologia scelta, si dà, a fini chiarificatori, una brevissima descrizione degli attori oggetto della ricerca.

Il caso oggetto di questo lavoro coinvolge una *partnership* di tipo contrattuale tra l'“Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione G. Pascale” e l'“Associazione Volontari Ematologia Pascale (AVEP) Onlus”. La prima, rappresenta l'attore pubblico, ovvero un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere

Scientifico (IRCCS)¹⁸¹ operante contemporaneamente nelle attività di cura e di ricerca su operazioni di complessità estrema. L'AVEP Onlus è una associazione non-profit nata nell'ambito di uno studio commerciale, specializzato nel controllo di gestione, che dal 2009 ha l'obiettivo principale di supportare il Dipartimento di Ematologia dell'IRCCS Pascale, sia attraverso un apporto di *know how* di tipo manageriale, che mediante un contributo finanziario diretto nelle attività core che l'IRCCS svolge.

1.1 Il “case study” longitudinale

In linea generale, attraverso i *case studies* si intende ricercare una visione attendibile della realtà per indagare un determinato fenomeno. Tale metodologia è infatti definibile come una strategia di ricerca che coinvolge un'indagine empirica di un particolare fenomeno all'interno del suo contesto di vita reale che si rifà a diverse evidenze empiriche¹⁸². In particolare, è stato sviluppato un *case study* longitudinale¹⁸³, in modo da osservare il fenomeno nel modo più completo.

Riguardo ai fini definatori di questa metodologia, si registrano significative convergenze, ma talvolta anche delle divergenze, rispetto ad aspetti

¹⁸¹ Gli IRCCS, denominati anche Research Hospital, si differenziano dalle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), in quanto queste ultime, in aggiunta alle prime, esplicano anche attività didattiche. Per una analisi di questi istituti, si veda Carbone C., Lega F., Salvatore D., Tozzi V. (2007), Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile, in Anessi Pessina E. e Cantù E. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2007. Egea, Milano; Passerino C, e Zotta G. (2008), L'evoluzione storico-normativa degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nel panorama della sanità italiana. G Ital Med Lav Ergon 30(2), pp. 192–208; Compagni A, Tediosi F. (2012), Implementing performance-based funding for health research: when governance and procedural fairness matter. Public Admin., 90(2), pp. 313–34.

¹⁸² Stake, R. (1995), The art of case research. Newbury Park: SAGE Publications.

¹⁸³ Per una analisi dei case study longitudinali, si veda Pettigrew A.M. (1990), «Longitudinal field research on change: theory and practice», *Organization Science*, 1(3), pp. 267-292; Morgan D. e Morgan R. (2009), Single-case research methods for the behavioral and health sciences, (prima edizione). Thousand Oaks; Voss C, Tsikriktsis N and Frohlich M. (2002), Case research in operations management. Int. J. Oper. Prod. Manage., 22(2), pp. 195–219.

importanti¹⁸⁴. Sono riconosciuti due approcci chiave per implementare un *case study*: uno proposto da Robert Stake¹⁸⁵, l'altro da Robert Yin¹⁸⁶.

Entrambi gli autori basano i loro approcci ai casi studio su un paradigma costruttivista, che riconosce la centralità del soggettivismo, non rifiutando talvolta qualche nozione oggettivista.

Platt (1992)¹⁸⁷ ha descritto il caso studio come un approccio di ricerca sociale empirica nato nel 1920, nel campo dell'antropologia sociale, legato all'inchiesta naturalistica in accordo con gli studi di Lincoln e Guba¹⁸⁸. Sebbene legato fortemente al paradigma costruttivista/interpretativista, il *case study* è contestualizzabile oggi in diversi paradigmi di ricerca¹⁸⁹, o per meglio dire non ricade all'interno di un singolo paradigma¹⁹⁰.

Stake (1995)¹⁹¹ ha sottolineato che il *case study* rappresenta una metodologia di ricerca ibrida, in quanto pur incorporando tutti i connotati della metodologia di ricerca qualitativa, consente l'utilizzo di tecniche statistiche nella sua implementazione.

A conferma di questa tesi, Yin(2009)¹⁹² sostiene che la metodologia prevede l'utilizzo di metodi sia qualitativi che quantitativi, indipendentemente o simultaneamente, a seconda della domanda di ricerca.

Uno dei vantaggi principali riconosciuti al *case study* è insito nella stretta collaborazione tra il ricercatore e gli attori protagonisti della ricerca, che hanno

¹⁸⁴ Per chiarimenti riguardo la definizione di Case Study si veda Bassey M. (1999), *Case study research in Educational Settings*, Open University Press, Philadelphia, pp.22-27.

¹⁸⁵ ibidem

¹⁸⁶ Yin, R. K. (2003), *Case study research: Design and methods* (terza edizione), Thousand Oaks, Newbury Park: Sage.

¹⁸⁷ Platt, J. (1992), "Case study' in American methodological thought". *Current Sociology*, 40, 17-48.

¹⁸⁸ Per un approfondimento su tali studi, si veda Lincoln, Y.S. e Guba, E.G. (1986), *But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation*. In D.D. Williams (Ed), *Naturalistic Evaluation*. San Francisco: Josey-Bass. pp. 73-84.

¹⁸⁹ Si veda Luck, L., Jackson, D. and Usher, K. (2006), *Case-study: a bridge across paradigms*. *Nursing Inquiry*. 13(2), pp. 103-109.

¹⁹⁰ Cit. Simons, H. (2009), *Case-study Research in Practice*. Thousand Oaks: Sage.

¹⁹¹ Stake (1995), *Op.cit.*

¹⁹² Yin (2009), *Op.cit.*

la possibilità di “raccontare la propria storia”¹⁹³. Attraverso queste “storie”, tali soggetti possono presentare il proprio punto di vista, consentendo al ricercatore di comprendere meglio le azioni che svolgono¹⁹⁴. Questo rappresenta un punto di forza ancora più rilevante nel caso del *case study partecipativo*, in quanto i ricercatori oltre che indagare il fenomeno, diventano attori principali dello stesso, favorendone considerevolmente la comprensione.

Oltre che un vantaggio, questa caratteristica dei *case studies* rappresenta anche una delle principali motivazioni che spingono i ricercatori per adottare questa metodologia di ricerca. Tra le altre, c'è sicuramente da considerare la possibilità che la metodologia offre di coprire delle condizioni di contesto che potrebbero avere una certa rilevanza per il fenomeno oggetto di studio. Si consiglia l'utilizzo dei *case studies* infatti anche quando non sono chiari i confini tra il fenomeno e il contesto osservato.

Oltre le motivazioni appena viste, vari autori, inclusi Stake¹⁹⁵, Simons¹⁹⁶ e Yin¹⁹⁷, affermano che i *case studies* dovrebbero essere utilizzati quando:

- un processo è il soggetto della ricerca;
- la domanda di ricerca contempla i quesiti How e Why;
- un insieme complesso e contemporaneo di eventi sono al centro dello studio;
- esistono molteplici fonti di dati e prospettive di analisi.

¹⁹³ La definizione risale ad uno studio di Crabtree, B.F. e Miller, W.L. (1999), *Doing Qualitative Research in Primary Care: Multiple Strategies* (seconda ed.), Sage Publications, Newbury Park.

¹⁹⁴ Sul punto, si veda Lather, P. (1992), Critical frames in educational research: Feminist and post-structural perspectives. *Theory into Practice*, 31(2), pp. 87-99; Robottom I. e Hart P. (1993), *Research in environmental education: Engaging the debate*. Geelong, Victoria: Deakin University Press.

¹⁹⁵ Stake R.E. (1995), *Op.cit.*; Stake R. E. (2005), Qualitative case studies. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (Eds). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. (terza edizione), Thousand Oaks, Sage, pp. 443- 466.

¹⁹⁶ Simons H. (2009), *Op.cit.*

¹⁹⁷ Yin, R.K. (1994), *Case-study Research: Design and Methods*. Newbury Park: Sage; Yin, R.K. 2009. *Case-study Research: Design and Methods*. (quarta edizione), Newbury Park: Sage.

Riguardo invece i limiti insiti in questa metodologia, vi sono critiche sia per quanto riguarda l'aspetto definitorio, ancora incerto, che per quanto riguarda le contrastanti interpretazioni che riguardano la metodologia stessa¹⁹⁸.

Questa seconda problematica, in parte conseguenza della prima, ha portato, nel tempo, a configurare il caso studio come un metodo, una metodologia, un approccio, un *report*, una strategia di raccolta dei dati o un disegno di ricerca¹⁹⁹. Proprio questo aspetto ha quindi creato una certa confusione nel tentativo di dare una concreta definizione di *case study*.

Di seguito si riportano le definizioni fornite dagli autori chiave.

¹⁹⁸ Simons H. (2009), *Op. cit.*

¹⁹⁹ Anthony. S. e Jack, S. (2009),, Qualitative case-study methodology in nursing research: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), pp. 1171-1181.

Tab.8: Definizioni di case study fornite da quattro autori chiave che dimostrano i differenti significati e interpretazioni

Definizioni di case study	Autori (data)
“Il <i>case study</i> analizza le peculiarità e la complessità di un singolo caso allo scopo di comprendere la sua attività all'interno di circostanze importanti.”	Stake (1995, p.11) ²⁰⁰
Il case study è uno specifico studio su una unità di indagine, al fine di comprendere una moltitudine di aspetti, generalizzando i risultati ottenuti a molteplici unità di analisi.	Gerring (2004) ²⁰¹
“Il case study è una indagine empirica che: indaga un fenomeno contemporaneo in profondità e nel suo contesto di vita reale, soprattutto quando i confini tra il contesto e il fenomeno non sono chiari.”	Yin (2009, p.18) ²⁰²
Il case study è una esplorazione profonda, da molte prospettive, della complessità e dell'unicità di un particolare progetto, politica, istituzione, programma o sistema nel contesto della vita reale. E' basato sulla ricerca, include diversi metodi che si rifanno ad evidenze empiriche. Il primo scopo consiste nel generare una comprensione profonda di uno specifico tema, per generare conoscenza e/o informare lo sviluppo delle politiche, delle pratiche professionali e delle azioni civili o della comunità.	Simons (2009, p.21) ²⁰³

Fonte: Elaborazione propria.

La definizione scelta per questo lavoro è quella di Simons, in quanto ben si adatta alla finalità esplorativa dello studio, esplicitando le molteplici prospettive che si presentano nel contesto analizzato.

²⁰⁰ Stake R. E. (1995), *Op.cit*

²⁰¹ Gerring J. (2004), What is a case study and what is it good for? *American Political Science Rev.*, 98(2), pp. 341-54.

²⁰² Yin (2009), *Op.cit.*

²⁰³ Simons H. (2009), *Op. cit.*

Per quanto riguarda le motivazioni che hanno determinato l'adozione di questa metodologia di ricerca per il presente studio, in primo luogo è stata valutata la complessità del sistema sanitario italiano e la natura della situazione oggetto di indagine, che hanno indirizzato la scelta verso un'analisi di tipo qualitativo e il ricorso ad uno studio di tipo osservativo, predisponendo un meccanismo di produzione e analisi dei dati che ha utilizzato una pluralità di fonti di informazione.

Inoltre, l'uso di metodi qualitativi, in particolare dei *case studies*, risulta particolarmente adatto ad analizzare la complessità dei processi e i relativi conflitti presenti principalmente tra culture diverse nella stessa organizzazione, costituendo una valida strategia di ricerca. Ciò consente di considerare il contesto e di osservare i diversi livelli di analisi interconnessi²⁰⁴.

Date queste caratteristiche, i *case studies* rappresentano una metodologia particolarmente utilizzata per le ricerche effettuate in ambito sanitario²⁰⁵, specie per indagare dei fenomeni in cui le evidenze sono pressoché inesistenti. In questo lavoro inoltre, è stato utilizzato un approccio partecipativo al fine di indagare in maniera più incisiva la realtà osservata.

In sintesi, i principali fattori che hanno spinto l'utilizzo del *case study* per indagare il complesso oggetto della ricerca, sono:

- un contesto specifico di riferimento, e la possibilità di poter operare un lavoro diretto sul campo di ricerca²⁰⁶;
- la possibilità di rifarsi a molteplici fonti di dati (questionari, interviste, database interni dell'ospedale, report contabili della onlus) e diverse prospettive di analisi (ricercatori, medici, infermieri, pazienti, managers)²⁰⁷;
- la grande complessità del contesto, che rende poco chiari i confini tra il fenomeno e il contesto stesso. La letteratura sulle partnership in sanità, e

²⁰⁴ Pettigrew A.M. (1990), *Op.cit.*

²⁰⁵ Anthony. S. e Jack, S. (2009), *Op.cit.*

²⁰⁶ Stake R.E. (1995), *Op.cit.*; Stake R.E. (2005), *Op.cit.*

²⁰⁷ Stake R.E. (2005), *Op.cit.*; Yin (2009), *Op.cit.*; Simons (2009), *Op.cit.*

nello specifico sugli strumenti di *performance evaluation*, mostra sicuramente che il fenomeno è così complesso da rendere poco chiari tali confini²⁰⁸;

- la possibilità di sviluppare un disegno di ricerca flessibile, adattabile a nuove contingenze e intuizioni. Il caso studio è infatti consigliato anche in situazioni in cui il ricercatore non ha controllo sui partecipanti o sul contesto²⁰⁹, cosa che si verifica nell'imprevedibile contesto in cui la ricerca è stata effettuata.

1.2 I vantaggi dell'approccio partecipativo nello sviluppo del caso studio

Viste le peculiarità del contesto analizzato, e la diponibilità degli attori che operano nelle organizzazioni osservate, inoltre, si è deciso di adottare un approccio partecipativo. Ciò favorisce il contemplamento di aspetti teorici e pratici come elementi costitutivi di un processo ricorsivo, contro la “tradizionale separazione tra ricerca ed effetti possibili dei risultati della ricerca su di una data realtà”²¹⁰. L'utilizzo del *case study* partecipativo²¹¹, appare quindi adeguato per l'analisi di fenomeni organizzativi complessi²¹², come quello oggetto di indagine.

Infatti, l'intervento concreto che questo approccio offre ai ricercatori, consente di testare delle ipotesi di lavoro sul fenomeno di interesse mediante l'attuazione e la valutazione del cambiamento in un contesto reale.

Analizzando le differenze esistenti tra le ipotesi teoriche e quelle reali, si valorizza l'intervento dei ricercatori, offrendo loro delle conoscenze sia pratiche

²⁰⁸ Epstein, R.M. e Gramling, R.E. (2012). What is shared in shared decision-making? complex decisions when the evidence is Unclear. *Medical Care Research and Rev.*, 70(1), pp. 94-112.

²⁰⁹ Stake R.E. (1995), *Op.cit.*; Yin (2009), *Op.cit.*

²¹⁰ Capecchi V. (2006), Per una storia della ricerca azione in Italia, *Inchiesta*, 36(151), pp. 1-25.

²¹¹ Yin R. K. (2003), *Op.cit.*; Ahrens T, Chapman C. S. (2004), Accounting for flexibility and efficiency: a field study of management control systems in a restaurant chain. *Contemp Account Res*; (21), pp. 271-301; Morgan D, Morgan R. (2009), *Op.cit.*; Baskerville R.(1997) Distinguishing action research from participative case studies. *J Syst Inform Tech*; 1(1), pp. 25-45.

²¹² Siggelkow N. (2007), Persuasion with case studies. *Acad. Manage. J.*; 50(1), pp. 20-24.

che teoriche nei confronti del fenomeno²¹³. Inoltre, l'impegno è volto, oltre che ad osservare fenomeni complessi, talvolta inesplorati, anche a sviluppare delle nuove pratiche²¹⁴. I ricercatori diventano al tempo stesso partecipanti del processo di indagine, attraverso un controllo su alcune variabili, che in alcuni casi li riguardano.

L'approccio partecipativo coinvolge i ricercatori e altri soggetti in tutte le fasi del processo di ricerca, dalla concettualizzazione dello studio alla stesura e diffusione dei risultati²¹⁵.

Un approccio di questo tipo richiede sicuramente di investire un ammontare di tempo e di energie notevoli nel creare delle relazioni tra i soggetti coinvolti nel processo di ricerca. Ciò include il tempo richiesto per individuare percezioni individuali e reciproche aspettative, pregiudizi intorno ciò che è noto e sperimentato riguardo l'obiettivo della ricerca.

Attraverso l'approccio scelto si prova quindi a catturare e comunicare informazioni, spesso distorte, provenienti dagli attori coinvolti nel caso, nel corso di un particolare periodo²¹⁶. Inoltre, questa tipologia di studio, può supportare le organizzazioni a sviluppare e implementare pratiche manageriali, come ad esempio i sistemi di valutazione della performance, quando esistono problemi legati alla loro attuazione.

L'impegno nello sviluppo di questa metodologia, è talvolta oggetto di un processo di aggregazione, soprattutto negli Stati Uniti, dove negli ultimi anni è cresciuta l'esigenza di creare una *community-based participatory research*²¹⁷, con l'obiettivo di mobilitare una comunità di interesse e di azione che lavori

²¹³ Susman, G. (1983), "Action Research: A Sociotechnical Perspective," in *Beyond Method: Strategies for Social Research*, G. Morgan (Ed.), Sage Publications, Newbury Park, CA, pp. 95-113.

²¹⁴ Baum F, MacDougall C, Smith D. (2006), Participatory action research, *J Epidemiol Community Health*, 60(10), pp. 854-857.

²¹⁵ Reilly, Rosemary C. (2010), *Participatory case study*. In: *Encyclopedia of case study research*. Sage, Thousand Oaks, pp. 658-660.

²¹⁶ Baskerville R. (1997), *Op.cit.*

²¹⁷ Wallerstein N, Duran B. (2010), Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am. J. of Public Health*, 100(1), pp. 40-46.

congiuntamente per ridurre le disuguaglianze sociali che colpiscono i sistemi sanitari.

Tale forma di aggregazione, che coinvolge sia ricercatori che addetti ai lavori, sarebbe auspicabile anche per studiare quei fenomeni, come quello oggetto del presente lavoro, che risultano ancora in uno stadio embrionale, e che se sviluppati possono determinare dei progressi importanti.

La collaborazione rappresenta quindi il principale vantaggio di questa metodologia di ricerca e di questo approccio, favorendo uno scambio importante di conoscenza tra i soggetti coinvolti.

Nel caso osservato, l'obiettivo della ricerca, che consiste nel fornire uno strumento che sia in grado di valutare le performance delle PPP operanti in sanità, è stato raggiunto fornendo un modello di generalizzazione analitica, fruibile in maniera molto semplice da altri ricercatori e professionisti che avessero esigenze di indagine simili.

Questa tipologia di *case study* può contribuire ad incrementare lo stato della conoscenza attuale sul tema approfondendo o ampliando la comprensione corrente del fenomeno oggetto di indagine, soprattutto nelle fasi iniziali della ricerca in cui le evidenze empiriche sono scarse e la teoria esistente sembra inadeguata²¹⁸.

Pur osservando una fase iniziale, lo studio parte da punti di riferimento solidi, che sono rappresentati dai classici *framework* adottati per la valutazione delle performance delle aziende sanitarie, tenendo tuttavia in considerazione le dovute differenze presenti in quelle che operano in partnership con privati, e offrendo quindi degli spunti per questo campo di indagine.

L'obiettivo di sviluppare uno strumento che sia in grado di valutare le performance di aziende sanitarie che operano in collaborazione con enti privati,

²¹⁸ Eisenhardt K. M. (1989), Building theories from case study research. Acad Manag Rev., 14(4), pp. 532-550; Ahrens T, Chapman C. S.(2004), *Op.cit.*; Yin R. K. (2006) *Op.cit.*; Hewison A.(2003), Qualitative management research in the NHS: A classic case of counting to one?. J. Health Organ. Manag; 17(2), pp. 122-137.

per mezzo di accordi di partnership, nasce pertanto dai limiti esistenti in letteratura riguardo gli esistenti strumenti di *performance management*²¹⁹.

2. Le fasi della Ricerca

Il processo di ricerca è stato supportato dalla letteratura esistente, e dagli esperti pareri dei dirigenti medici che operano nell' IRCCS e dei managers che lavorano per la Onlus.

Il team di ricerca, si compone di quattro ricercatori ed un docente esperti nelle discipline economico-aziendali. La ricerca è arricchita dalla collaborazione tra i ricercatori e gli attori che operano nelle due organizzazioni protagoniste della Partnership.

Gli studiosi sono stati attivamente coinvolti per circa due anni presso il Dipartimento di Ematologia dell'Istituto Pascale di Napoli e l'Avep onlus, realizzando lo studio nell'ambito di un più ampio progetto di *management accounting*. Ciò ha consentito la raccolta di informazioni che altrimenti sarebbe stato impossibile ottenere. La ricerca è stata finanziata dall'Avep onlus, che ha messo a disposizione tutti i mezzi necessari per implementarla.

Così, a partire dal 2014, è iniziato il lavoro che ha visto al fianco dei ricercatori gli staff di professionisti delle due organizzazioni, con l'obiettivo di sviluppare uno strumento che consentisse di valutare le performance del Dipartimento prima e dopo l'istituzione della partnership, analizzando attraverso un approccio multidimensionale l'impatto della collaborazione. Altrettanto preziosa è stata la collaborazione dei pazienti, che attraverso delle interviste hanno consentito di valutare l'operato del Dipartimento e l'impatto della collaborazione, sviluppando ulteriormente il sistema informativo proposto e di conseguenza i risultati della ricerca.

Il disegno di ricerca, coerentemente alla metodologia utilizzata, prova ad inglobare tutti gli aspetti utili per la valutazione della performance della

²¹⁹ Per l'analisi dei limiti degli strumenti di performance management si rinvia ai due ultimi paragrafi del precedente capitolo.

partnership, con il vantaggio, derivante dal lavoro sul campo dei ricercatori, di ottenere una serie di informazioni, che probabilmente non sarebbero state ottenute adottando una qualsiasi altra metodologia di ricerca.

Per lo sviluppo della ricerca, sono state utilizzate tutte e tre le tecniche individuate da Yin (1994)²²⁰:

- 1) la «triangolazione», ovvero l'utilizzo di diverse fonti e metodi di raccolta dei dati per chiarire i singoli concetti: fonti primarie, secondarie e indagine diretta;
- 2) la «concatenazione» delle evidenze, ossia nella stesura dei casi viene ripercorso in maniera fedele il processo logico, sostenuto dalle evidenze empiriche, attraverso il quale si è giunti alle conclusioni;
- 3) la «validazione», ossia la versione definitiva del caso è stata validata da parte di ciascuno dei principali operatori operanti nelle organizzazioni protagoniste della partnership, grazie ai quali si favorisce l'interpretazione da parte dei ricercatori.

La ricerca si sviluppa in tre fasi, e riguarda le performance relative al periodo che va dal 2008 al 2016, al fine di apprezzare i cambiamenti nelle performance del Dipartimento prima e dopo la nascita delle partnership (istituita nel 2009).

2.1 L'analisi dei sistemi di misurazione della performance preesistenti

Nella prima fase, i ricercatori hanno valutato l'attuale sistema di valutazione delle performance del Dipartimento, al fine di identificare gli strumenti utilizzati. Nell'analizzare la gestione del Dipartimento di Ematologia, le interviste rilasciate dai dipendenti e la verifica sulle informazioni raccolte hanno evidenziato che la valutazione della performance del Dipartimento si basava su un sistema semplificato che utilizzava strumenti basilari quali il bilancio d'esercizio, il budget, e dei semplici piani di performance basati su dati

²²⁰ Yin, R. (1994), *Op.cit.*

passati e prospettici. Con la nascita della collaborazione con la Onlus, il sistema si è arricchito di una serie di Report con i quali si teneva conto di alcuni indicatori relativi ad attività interne espletate dal Dipartimento. Talvolta, la Onlus ha adoperato sistemi di contabilità analitica per analizzare situazioni che fino a quel momento non erano state esaminate.

Così, attraverso la raccolta dei dati disponibili, sono stati sviluppati una serie di indicatori, relativi sia ai risultati finanziari che non finanziari, delle attività di cura e di ricerca del Dipartimento. I dati sono stati resi disponibili sia dal Dipartimento che dalla Onlus, e integrati attraverso la somministrazione di questionari ai dirigenti. Questi strumenti sono particolarmente indicati per testare la soddisfazione degli *stakeholders* dato che le loro dinamiche sono meno immediate nel settore sanitario rispetto ad altri contesti²²¹.

Si entrerà nel merito dei risultati nel prossimo capitolo, nella seguente tabella si possono apprezzare le modalità attraverso le quali sono state reperite le informazioni necessarie per sviluppare questa prima fase della ricerca.

²²¹ Newhouse J.P. (2005), Why is there a quality chasm? Health Aff., 21(4), pp. 13-25; Jennings B.M. (1999), Staggers N, Brosch L. A classification scheme for outcome indicators. J. Nurs Scholarship; 31(4), pp. 381-388.

Tab.9: Indicatori Finanziari e non Finanziari relativi alle attività del Dipartimento sulla base dei dati raccolti

Indicatori finanziari e non finanziari legati alle attività di Cura e di Ricerca	
Cura Finanziari: Valore complessivo del DRG, valore medio del DRG per ricovero, Investimenti sull'assistenza domiciliare. Non finanziari: Numero di pazienti trattati in reparto, Numero medio di ricoveri ripetuti, Tasso di mortalità, Occupazione dei posti letto, Numero di trapianti.	Ricerca Finanziari: Investimenti in ricerca, Valore dei progetti di ricerca finanziati Non finanziari: Numero medio di pubblicazioni scientifiche per medico, Numero di brevetti.
Fonte dei dati	
Documentazione Onlus	Documentazione IRCCS
Statuto Report sul controllo di gestione Documenti disponibili al pubblico Rassegna stampa	Bilancio d'esercizio Bilancio di sostenibilità Database interni

Fonte: *Elaborazione propria.*

Le indicazioni raccolte hanno consentito di effettuare una prima analisi sulle performance del Dipartimento nello svolgere le attività di cura e di ricerca prima e dopo la nascita della collaborazione con la Onlus. Questa prima fase ha quindi consentito ai ricercatori di approfondire i punti di forza e di debolezza del sistema informativo e operativo delle organizzazioni, ponendo le basi per l'implementazione del modello oggetto della ricerca.

2.2 Lo sviluppo del modello di valutazione della performance

Nella seconda fase, nel tentativo di sviluppare un modello che consentisse di cogliere i risultati provenienti dall'agire comune delle due organizzazioni, utilizzando un approccio multidimensionale, è stato sviluppato un particolare strumento, in ossequio alle *best practice* e alle indicazioni presenti in

letteratura²²², che fosse in grado di cogliere una moltitudine di aspetti presenti in una organizzazione complessa quale è quella oggetto di indagine. Nello specifico, è stata adattata alle peculiarità che caratterizzano le partnership operanti in sanità una particolare versione di BSC, che, come visto in precedenza, è considerato lo strumento che meglio degli altri riesce a catturare le molteplici dimensioni delle performance delle organizzazioni complesse.

I dati raccolti nella prima fase sono stati triangolati con le informazioni tratte dai questionari sottoposti ai rispettivi staff, al fine di garantirne una corretta interpretazione, e di valutare come sono percepiti i risultati dopo l'inizio della partnership. La triangolazione rappresenta un vantaggio notevole nel combinare dati di natura qualitativa (forniti in questo caso dalle interviste e dai questionari) e di natura quantitativa (provenienti dalle documentazioni delle due organizzazioni).

Al fine di implementare il nuovo sistema, sono state quindi effettuate una serie di interviste semi-strutturate, sottoposti dei questionari strutturati, e raccolti dati provenienti da documenti interni dell'IRCCS e della onlus²²³. I questionari e le interviste, rispettano i principi presenti in letteratura sul tema della valutazione delle performance in sanità²²⁴, focalizzandosi però sugli input e gli output provenienti dalle interdipendenze che legano le organizzazioni protagoniste della partnership.

Sulla scia degli studi precedenti²²⁵, le interviste sono state sottoposte a tre gruppi distinti:

²²² Zelman W.N., Pink GH, Matthias C.B. (2003), *Op.cit.*

²²³ Per approfondimenti si veda Lohman C, Fortuin L, Wouters M. (2009), Designing a performance measurement system: A case study. *Eur J Oper Res.*; 156(2), pp. 267–286; Wouters M e Sportel M. (2005), The role of existing measures in developing and implementing performance measurement systems. *Int. J. Oper. Prod. Man.*, 25(11), pp. 1062-1082; Schmidberger Schmidberger S, Balsb L, Hartmann E, Jahns C. (2009), Ground handling services at European hub airports: development of a performance measurement system for benchmarking. *Int. J. Prod. Econ.*, 117(1), pp. 104-116.

²²⁴ Neely AD, Adams C, Kennerley M. (2002,), *Op.cit.*; Neely A, Gregory M, Platts, K. (2005), *Op.cit.*; Kennerley M., Neely A. (2003), Measuring performance in a changing business environment. *Int J Oper Prod Manag.*, 23(2), pp. 213-229.

²²⁵ Broadbent J. (1992), Change in organizations: a case study of the use of accounting information in the NHS. *Br Acc Rev*; 24(4), pp. 343–367; Campanale C. e Cinquini L. (2015), Emerging pathways

- 1) Managers della onlus;
- 2) Staff del Dipartimento, a diversi livelli (Dirigenti, medici, infermieri);
- 3) Pazienti.

Per migliorare la chiarezza dei dati, e limitare le incomprensioni nelle risposte degli intervistati, i ricercatori hanno adottato diverse tecniche.

In primo luogo, ad ogni intervistato veniva fornita una sintetica presentazione della ricerca.

In secondo luogo, le interviste venivano registrate digitalmente, per poi essere trascritte, al fine di estrapolare le informazioni necessarie per lo sviluppo del sistema informativo. Quando si riteneva necessario, i ricercatori hanno effettuato un secondo colloquio per chiarire dei punti oppure per richiedere ulteriori informazioni a causa di nuovi eventi che si erano verificati.

Al termine di questa procedura, i ricercatori hanno discusso dei problemi principali emersi durante le interviste e la raccolta dei dati, approfondendo la conoscenza delle informazioni e partendo con l'analisi longitudinale.

Tab.10: La raccolta dei dati attraverso le interviste semi-strutturate

Somministrazione delle interviste semi-strutturate	
<p align="center">N. e ruolo degli intervistati</p> <p>Managers della onlus: 4 Direttore di Dipartimento Medici: 15 Infermieri: 18 Pazienti: 40</p>	
<p align="center">Tecniche di raccolta dati</p> <p>Presentazione introduttiva della ricerca agli intervistati Registrazione digitale dell'intervista per la successiva trascrizione e analisi Follow-up delle interviste Discussione delle principali questioni emerse durante i colloqui</p>	
Topic principali	
<p align="center">Medici e Infermieri</p> <p>Efficacia ed efficienza delle attività di cura del dipartimento Efficacia ed efficienza del servizio di assistenza domiciliare Livello di complessità e innovazione delle cure Produttività delle attività di ricerca Soddisfazione professionale Relazioni con colleghi e pazienti</p>	<p align="center">Pazienti</p> <p>Soddisfazione per il servizio di assistenza domiciliare Soddisfazione per le attività di cura del Dipartimento Servizi di assistenza psicologica Disagi causati dal ricovero Clima del Dipartimento</p>

Fonte: Elaborazione propria

I questionari sono stati sottoposti a medici, infermieri e pazienti, attraverso una serie di quesiti che mirava a comprendere il livello di soddisfazione di questi ultimi. Tale soddisfazione è stata misurata mediante le scale likert. Una parte del questionario consentiva a chi li compilava, inoltre, attraverso una risposta

aperta, di esprimere delle opinioni volte a commentare determinati aspetti gestionali.

Tab.11: La raccolta dati attraverso i questionari

Somministrazione dei questionari	
N. e ruolo dei rispondenti Medici: 32 Infermieri: 25 Pazienti: 207	
Tecniche di raccolta dati Distribuzione di questionari cartacei Misurazione della soddisfazione dei clinici (medici e infermieri) e dei pazienti attraverso scale Likert	
Topic principali	
Medici e Infermieri	Pazienti
Soddisfazione professionale Relazioni con colleghi e pazienti	Livello di soddisfazione per il servizio di assistenza domiciliare Livello di soddisfazione per le attività di cura del Dipartimento Servizi di assistenza psicologica

Fonte: Elaborazione Propria

Successivamente, sono state scelte le misure per la Balanced Scorecard. Tale scelta è stata effettuata in maniera interattiva, sulla base delle informazioni disponibili inerenti le strategie e i processi sviluppati internamente. Una volta individuate, le misure sono state raccolte in un manuale e sono state sottoposte agli intervistati. Appena validate, esse sono state conservate in un foglio elettronico, continuamente aggiornato, in modo da rendere il processo

replicabile per altri ricercatori o professionisti. Il modello, con i risultati ottenuti nel periodo oggetto di osservazione, sarà mostrato nel prossimo capitolo.

2.3 L'applicazione del modello al caso studio

Con la terza fase, è stato testato lo strumento sviluppato nel secondo, attraverso una analisi degli eventi critici che si sono verificati presso il dipartimento di Ematologia, compresi quelli avvenuti dalla data di inizio della partnership.

Al termine di questa procedura, che teneva in considerazione i risultati ottenuti dal Dipartimento a partire dal 2004 fino a giungere al 2016, l'evento più significativo è stato riconosciuto nell'istituzione della partnership con la Onlus, avvenuta nel 2009.

Per tale motivo, i ricercatori hanno deciso di concentrarsi sull'orizzonte temporale che va dal 2008 al 2016, al fine di apprezzare le modifiche delle performance dovute alla partnership. Si vedrà, in seguito, quanto le performance del Dipartimento sono andate migliorando a seguito della partnership. In particolare, si offrirà un confronto tra i risultati che emergevano nell'anno precedente la nascita della partnership (il 2008) e l'ultimo anno di osservazione, ovvero il 2016.

Entrambi gli staff, hanno collaborato attivamente durante la fase delle prime applicazioni della BSC, fornendo un supporto prezioso nella interpretazione di alcune informazioni, e apprezzando la capacità dello strumento di elaborare risultati rilevanti per la gestione operativa e strategica del Dipartimento. Il fattore positivo della fase di applicazione al caso studio analizzato, e la replicabilità dello strumento, hanno fatto sì che il lavoro di team eseguito dai ricercatori in collaborazione con gli staff di professionisti degli attori della Partnership prosegua ancora oggi. Così, la BSC è diventata uno strumento importante per il controllo di gestione del Dipartimento di Ematologia, e per tenere conto dell'impatto della partnership negli anni a venire.

I dati necessari per il calcolo degli indicatori sono stati elaborati da molteplici fonti: database di dimissione ospedaliera, report interni del Dipartimento e della Onlus, nonché questionari ed interviste. Tali strumenti sono particolarmente adeguati per verificare la soddisfazione degli stakeholders, poiché riescono a cogliere le complesse dinamiche presenti nel settore sanitario²²⁶.

3. Il caso studio oggetto di indagine: la partnership tra l'IRCCS Fondazione "G. Pascale" e l'A.V.E.P. Onlus

3.1 Il contesto di riferimento

Al fine di comprendere la situazione attuale del contesto sanitario in Italia, c'è bisogno di fare un passo indietro negli anni. A partire dagli anni novanta, infatti, la Pubblica Amministrazione italiana è stata oggetto di un profondo cambiamento, che ne ha ridefinito i principi di fondo e, di conseguenza, il modo di operare.

Il processo di riforma della Pubblica Amministrazione, sulla falsa riga di gran parte dei paesi europei, è avvenuto sulla base di due fondamentali paradigmi: il *New Public Management*²²⁷ e la *Public Governance*, quest'ultimo, considerato in letteratura come una evoluzione ed un ampliamento del primo²²⁸.

La logica sottostante il *New Public Management*, come già affermato in precedenza, ha una matrice prettamente economica, in quanto porta la Pubblica Amministrazione a seguire criteri e strumenti di governo propri delle imprese private.

I fenomeni di decentramento della Pubblica Amministrazione, di privatizzazione di numerosi servizi pubblici e di esternalizzazione di questi verso aziende autonome sia pubbliche che private, hanno condotto ad una forte frammentazione del potere decisionale e delle responsabilità nel perseguimento

²²⁶ Newhouse J.P. (2005), *Op.cit.*; Jennings(1999) B.M., *Op.cit.*

²²⁷ Si rinvia al paragrafo 2.1 del primo capitolo del presente elaborato.

²²⁸ Si veda Cepiku D. (2005), Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della p.a.?, in "Azienda Pubblica", n° 1, pp. 105-131.

degli interessi collettivi. In tale nuovo contesto, si ritiene che l'attività dell'amministrazione pubblica debba essere in grado di indirizzare e coordinare l'attività di una molteplicità di soggetti, pubblici e privati, verso specifiche finalità di natura pubblica. In altre parole, si richiedono rilevanti capacità di governance alla Pubblica Amministrazione.

Così, riguardo al secondo aspetto, il paradigma della *Public Governance*, non si limita ad osservare il funzionamento delle singole unità pubbliche, ma pone in rilievo le relazioni esistenti fra le varie strutture, pubbliche e private, operanti in un sistema, affermando la necessità, per la stessa Pubblica Amministrazione, di sviluppare la capacità di governare anche tali relazioni.

Tra i meccanismi, le logiche e gli strumenti di governo della pubblica amministrazione, un ruolo importante continua ad essere riconosciuto anche ai principi e agli strumenti manageriali, i quali tuttavia, secondo il nuovo paradigma, andrebbero opportunamente adeguati alle specificità del contesto pubblico nel quale vengono adottati²²⁹.

Tornando al contesto italiano, la riforma della Pubblica Amministrazione, avvenuta attraverso numerosi provvedimenti normativi, chiaramente ispirati ai principi del paradigma discusso, ha condotto al decentramento di numerose funzioni detenute dallo Stato verso gli enti locali ed altri organismi territoriali, nonché, ad un forte ridimensionamento dell'intervento dello Stato stesso, a seguito dell'attuazione di un ampio processo di privatizzazione.

Ciò, dal punto di vista istituzionale, ha determinato una profonda modifica della distribuzione dei compiti e, di conseguenza, dei rapporti fra lo Stato e gli enti locali, con il primo che assume oggi una funzione prevalentemente regolatrice.

²²⁹ Il paradigma della *Public Governance* è in antitesi rispetto all'eccessivo orientamento manageriale e privatistico sostenuto dal *New Public Management*, e sostiene, invece, la definizione di funzioni e di strumenti manageriali adeguati alle peculiarità decisionali e gestionali delle aziende e delle amministrazioni pubbliche. Si veda in tal senso, Meneguzzo M. (1997), *Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica*, in "Azienda Pubblica", 8(3), pp. 491-510.

Gli effetti di questi processi di riforma sul contesto sanitario italiano sono stati molteplici. In primo luogo, anche il Sistema Sanitario Nazionale²³⁰, istituito con la legge n. 833 del 1978²³¹, è stato oggetto di profonde modifiche, dirette a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie erogate ed al contempo a ridurre notevolmente l'incombente posizione debitoria. L'obiettivo della riforma sanitaria era, più specificatamente, quello di realizzare un sistema capace di rispondere, alle esigenze di salute espresse dalla comunità, in maniera efficace e allo stesso tempo efficiente.

In questa direzione si sono quindi succeduti, i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, ai quali seguì, il d.lgs. n. 229/1999, il quale rappresenta l'attuale riferimento normativo in materia sanitaria.

Le innovazioni apportate al Sistema Sanitario attraverso i suddetti testi normativi, confermano l'orientamento della riforma, attuando il decentramento

²³⁰ Il Servizio Sanitario Nazionale venne istituito sul modello del National Health Service britannico, al fine di realizzare un <<complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio>>.

²³¹ La legge n. 833/1978 aveva lo scopo di realizzare una rete capace di offrire in maniera equa e integrata la assistenza sanitaria a tutti i cittadini italiani. Il modello delineato era di tipo accentrato, in cui allo Stato spettava il compito di definire, attraverso la redazione del piano sanitario nazionale, gli obiettivi e le linee di indirizzo del sistema complessivo, nonché, di disporre, attraverso la costituzione di un fondo, alimentato da imposte generali e da contributi sociali, le risorse finanziarie necessarie per il perseguimento degli obiettivi preposti. Il fondo sanitario veniva ripartito dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) fra le varie Regioni, le quali, a loro volta, dovevano provvedere alla definizione di linee di programmazione regionale, in osservanza di quanto già definito nel Piano Sanitario Nazionale, nonché, all'ulteriore ripartizione delle risorse finanziarie ricevute tra le varie Unità Sanitarie Locali operanti sul territorio. Queste ultime rappresentavano le strutture operative del sistema, in quanto destinate all'erogazione dei servizi sanitari, ed erano gestite dagli enti comunali. Tuttavia, la struttura organizzativa del Sistema Sanitario Nazionale, come definita dalla legge istitutiva, ha presentato da subito numerose criticità, rilevandosi estremamente inefficace ed inefficiente.

Tali criticità sono attribuite, sia alla scarsa autonomia delle Unità Sanitarie Locali (Usl), la cui gestione subiva forti pressioni da parte del potere politico locale (regionale e comunale), sia dall'assenza di appositi meccanismi di trasparenza sull'utilizzo delle risorse stanziare.

Tale situazione si è tradotta in un continuo insorgere di rilevanti debiti, i quali venivano coperti attraverso ulteriori finanziamenti statali, determinando in tal modo un costante incremento della spesa pubblica. Per approfondimenti, si veda Atagni M. (2001), La definizione del Sistema Sanitario Nazionale dalla legge di riforma n° 833 del 1978 al decreto legislativo n° 229 del 1999, A. Lippolis, Messina; Del vecchio M., (2003), Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica, in "Mecosan", n°46; Giorgetti R. (1992), Il servizio sanitario, Maggioli editore, Rimini.

di funzioni e responsabilità dallo Stato alle Regioni, l'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali (U.S.L.), e l'introduzione di forme di competizione e collaborazione tra le strutture pubbliche e private operanti nel settore.

Riguardo alla decentralizzazione, il decreto legislativo n. 502/1992 assegna alle Regioni le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Ogni Regione nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, definisce l'assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria nel proprio territorio. In particolare, l'ente regionale decide il numero e l'articolazione territoriale delle aziende sanitarie e, mediante l'istituto dell'accreditamento, delle strutture pubbliche e private che possono operare nell'ambito del sistema.

La Regione stabilisce, inoltre, le modalità di organizzazione, di funzionamento e di finanziamento delle stesse aziende sanitarie e svolge attività di indirizzo, promozione e controllo nei confronti di queste.

Lo Stato conserva il compito di definire, attraverso la redazione del Piano Sanitario Nazionale, gli obiettivi e le linee generali di indirizzo del sistema. In particolare, stabilisce i Livelli Essenziali di assistenza, ovvero le prestazioni sanitarie da assicurare in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, e le risorse finanziarie da assegnare, sulla base di una quota pro capite alle Regioni, per garantire l'erogazione dei servizi assistenziali indicati.

Ogni Regione, nell'ambito dell'autonomia riconosciuta, può comunque decidere di ampliare gli obiettivi definiti dallo Stato, ossia, di erogare ulteriori livelli di assistenza, con l'impegno, tuttavia, di coprire tale maggiore offerta con risorse finanziarie proprie. La Regione risponde inoltre con risorse proprie anche per eventuali disavanzi derivanti dalla gestione delle aziende sanitarie operanti nel proprio territorio.

Oltre all'ampia autonomia riconosciuta, alle Regioni si attribuisce anche la responsabilità economica e finanziaria delle decisioni assunte, e conseguentemente dei risultati conseguiti, nell'ambito del sistema che è stata chiamata a governare.

Riguardo all'aziendalizzazione delle U.S.L., si rileva l'attribuzione a queste della natura di aziende dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale. Il d.lgs. n. 502/1992 prevede inoltre lo scorporo dalle U.S.L. dei presidi ospedalieri, ritenuti dalla Regione di rilievo nazionale e di alta specializzazione, e la costituzione di Aziende Ospedaliere (A.O.), dotate della stessa personalità giuridica e della stessa autonomia riconosciuta alle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.).

La direzione delle A.S.L. e delle A.O. è affidata al direttore generale, che è nominato dalle regioni. A questo, con la collaborazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo, di sua stessa nomina, spetta il compito di guidare l'organizzazione sanitaria verso il perseguimento del fine sociale della tutela della salute, sulla base degli obiettivi, degli indirizzi e dei programmi definiti dallo Stato e dalle Regioni, improntando lo svolgimento della gestione al conseguimento di condizioni di economicità. Il direttore generale rappresenta quindi il vero manager della struttura sanitaria.

Ad ulteriore conferma dell'indirizzo economico della gestione delle organizzazioni sanitarie, la riforma predispone strumenti tecnici propri delle aziende, che vanno oltre i tradizionali sistemi di contabilità generale²³².

A seguito della riforma, nasce il concetto di “azienda ospedale”, e si afferma, quindi, il riconoscimento della possibilità, e dell'opportunità, di gestire i servizi pubblici sanitari attraverso gli strumenti (e rispettando le regole e i criteri) dell'economia aziendale. Ciò non significa che U.S.L. e Aziende Ospedaliere sono automaticamente delle aziende, ma significa che queste operano come tali.

Tuttavia, le aziende sanitarie rappresentano uno dei sistemi più complessi, in quanto sono condizionate dalle scelte compiute “a monte” dallo Stato e dalla Regione, e al tempo stesso sono aperte più di ogni altra realtà pubblica al

²³² Si tratta di un ampliamento importante degli strumenti fino a quel punto utilizzati, con l'introduzione di sistemi di contabilità analitica. Al fine di apprezzare tale impatto si rinvia al paragrafo 3.1 del secondo capitolo del presente lavoro.

rapporto diretto con il cittadino, che è soggetto economico, finanziatore e utente nello stesso tempo.

Un elemento che caratterizza la riforma, in sintonia con la tendenza generalizzata, riscontrabile nei paesi dotati di un Servizio Sanitario Nazionale, ad introdurre elementi di mercato, è indubbiamente il ruolo più rilevante attribuito al sistema dei prezzi, all'interno dei più complessi meccanismi di regolazione del sistema. L'introduzione e la diffusione dei meccanismi di pagamento e finanziamento basati sulle prestazioni erogate, rappresentano un elemento di sostanziale novità rispetto ai consolidati meccanismi di funzionamento del nostro sistema.

Tuttavia, il processo di riforma avviato in Italia nel 1978 può dirsi non del tutto ancora realizzato, in particolar modo con riferimento al dislivello che talvolta si verifica nella qualità delle prestazioni che le differenti regioni offrono²³³. Le principali cause di questo ritardo riguardano:

- l'autonomia di ciascun Servizio Sanitario Regionale (SSR), che assume diritti proprietari e di controllo assimilabili per certi versi a quelli delle holding nei gruppi di imprese;
- gli ampi margini di autonomia gestionale lasciati alle singole aziende sanitarie nell'ambito di ciascuna Regione;
- l'influenza e l'insorgenza politica nel contesto sanitario che i numerosi interventi normativi susseguitisi nel corso degli anni hanno continuato ad avallare, consentendo l'autonoma definizione di processi, standard e target da parte di organi essenzialmente politici, quali i Governi Regionali, non garantendo, in pratica, uniformità e comparabilità sul territorio nazionale.

²³³ Premessa la grande autonomia che i SSR, LE A.S.L. e le A.O. hanno, e constatata la diversa situazione economica delle differenti regioni, alcune ricerche hanno evidenziato inoltre una forte influenza esercitata da fattori culturali, di contesto e di governance sul diverso grado di aziendalizzazione rinvenibile tra i SSR. Per un approfondimento generale, si veda Boni S. (2007), Quaderno Formez, I sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali, disponibile su http://sanita.formez.it/sites/all/files/pdf_quaderno_57.pdf.

Riguardo al processo di aziendalizzazione, sono pochi gli studi che hanno monitorato lo stato di avanzamento dei Servizi Sanitari Regionali nella predisposizione di strumenti manageriali adottabili dalle aziende sanitarie. In tale scenario, appare infatti fondamentale la predisposizione e condivisione di indicatori di performance e linee guida che conducano l'azione manageriale. Un sistema di valutazione formalizzato e condiviso, infatti, da un lato, limita la discrezionalità del decisore e permette un più facile controllo da parte di tutti i soggetti interessati, selezionando gli argomenti di maggiore interesse, definendo il livello di prestazioni atteso, e stimolando coloro che sono valutati a concentrarsi su obiettivi predeterminati e chiari.

L'attuazione di questi sistemi rappresenta un indice del reale adeguamento del SSN alla cultura manageriale imposta dal processo di aziendalizzazione. In tal senso, i risultati degli ultimi anni sembrano abbastanza confortanti²³⁴. Tali risultati hanno tuttavia delle difformità dovute all'autonomia regionale delle diverse Regioni. In particolare, si presentano Regioni le cui organizzazioni hanno concluso e interiorizzato il cambiamento dei sistemi di valutazione, ed altre in cui questo processo è ancora in atto.

Le disparità sull'implementazione di questi strumenti, si amplificano se si considera, quale parametro da misurare, la spesa sanitaria delle diverse regioni. Parlare di spesa sanitaria complessiva sarebbe tuttavia troppo vago, per cui si rendono necessarie delle brevi precisazioni. In primo luogo, la spesa complessiva si divide nelle componenti pubblica e privata; in secondo luogo, ciascuna di queste due componenti si può dividere nella parte corrente e in quella in conto capitale (relativa agli investimenti).

Riguardo all'Italia, le fonti di dati relativi a queste componenti sono diverse²³⁵:

²³⁴ In tal senso, si veda Spanò R. (2016), *Op.cit.*, in cui è stato effettuato uno studio empirico che conferma l'andamento positivo negli ultimi anni nell'implementazione dei sistemi di Management accounting delle imprese familiari, ma in cui si evince la difformità tra le regioni.

²³⁵ Per un approfondimento sul tema, si veda Caroppo M.S., Turati G. (2007), *I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Vita e Pensiero, Milano.

- la spesa sanitaria pubblica corrente viene ottenuta tramite il consolidamento dei conti delle A.S.L. e delle A.O., prima a livello regionale e poi nazionale. Il dato così ottenuto viene poi rielaborato dall'ISTAT seguendo i criteri della contabilità nazionale e affluisce nel conto economico consolidato delle A.S.L. e delle A.O.. Se a questi, si aggiungono anche i dati di spesa corrente degli altri enti pubblici, si ottiene il Conto Economico Consolidato della Sanità.
- La spesa sanitaria pubblica in conto capitale viene stimata dall'ISTAT partendo dal Conto Consolidato di cassa della sanità, elaborato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per valutare il fabbisogno di cassa del settore pubblico.
- La spesa sanitaria privata corrente viene stimata dall'ISTAT attraverso un'indagine sui consumi familiari.
- La spesa sanitaria privata in conto capitale viene stimata dall'ISTAT partendo dal Conto Economico delle risorse e degli impieghi.

A fini esemplificativi, si riportano sinteticamente dei dati che riguardano l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica negli ultimi anni, analizzata dall'ISTAT²³⁶.

La spesa sanitaria pubblica italiana è passata da circa 75 miliardi di euro del 2001 a 111 miliardi del 2014, con un incremento medio annuo pari al 2,9 per cento; questo andamento è frutto di una crescita media annua del 5,5 per cento nel periodo 2001-2008 e di una sostanziale stabilità nell'arco temporale 2009-2014.

La crescita della spesa osservata nel primo periodo era dovuta a scelte politiche, finalizzate a portare il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil su valori vicini a quelli medi dell'Unione europea.

Nel secondo periodo, la stabilizzazione della spesa è dovuta principalmente a tre fattori: i vincoli di bilancio legati agli indicatori di stabilità

²³⁶ Istat, Rapporto annuale 2016, disponibile su <http://www.istat.it/it/files/2016/05/Ra2016.pdf>

concordati in ambito Ue, la crisi economica internazionale e la necessità di raggiungere il pareggio di bilancio nelle Regioni in deficit.

Riguardo a quest'ultimo punto va rilevato che nel 2014 proseguiva la tendenza di forte decrescita del disavanzo sanitario nazionale, che ammontava a circa 864 milioni di euro (era di 1,744 miliardi di euro nel 2013).

Il SSN è riuscito quindi ad adeguarsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Tuttavia, tale risultato è stato ottenuto tramite interventi di contenimento delle prestazioni sanitarie e di conseguenza attraverso tagli sul personale. La funzione di spesa che ha risentito maggiormente della contrazione osservata nell'ultimo periodo è stata quella ospedaliera: cresciuta dal 2001 al 2008 a un ritmo superiore a quello della spesa sanitaria pubblica totale (+5,7 per cento), ma poi diminuita dal 2009 al 2014 di quasi l'1 per cento all'anno.

Infine, è bene sottolineare che il processo di riforma ha sicuramente favorito l'ingresso di enti privati nell'erogazione dei servizi sanitari²³⁷, con la conseguente riduzione della quota di finanziamento pubblico. Anche i processi di regolazione si stanno modificando. Alle dinamiche proprie della regolazione gerarchica dello stato si stanno affiancando processi di tipo concorrenziale innescati dalla diversificazione del sistema degli attori.

Riassumendo, il percorso delle aziende sanitarie italiane, a partire dall'istituzione del SSN nel 1978, può essere sintetizzato in tre fasi principali.

Durante gli anni Ottanta (in particolare con la legge n.833/78), con le esperienze dei consorzi socio-sanitari di zona, le aziende sanitarie hanno impiegato approcci di tipo razionale, basati sul rispetto di regole procedurali che prevedevano obiettivi da raggiungere, programmi da implementare, e fattori

²³⁷ Per quanto riguarda il ruolo del privato nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, il D. lgs 502/92, è intervenuto in modo generico su questo punto. Alle strutture private era stato riconosciuto un ruolo meramente integrativo e la loro attività era stata sottoposta all'autorizzazione e al controllo regionale. Tuttavia, nel decreto la disciplina all'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e dell'accreditamento della struttura erano molto lacunosi: non erano stati disciplinati i limiti di volume delle prestazioni erogabili, dalle strutture convenzionate e mancava la disciplina degli effetti dell'accreditamento. La disciplina compiuta dell'autorizzazione, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali ha trovato attuazione con il D. lgs n. 229/1999. In tal senso, si veda Balduzzi R, Carpani G., (2013), Manuale di diritto sanitario, Il Mulino, Bologna.

produttivi da impiegare, secondo una logica di tipo professionale, basata sulla relazione medico-paziente.

Una seconda fase prende avvio con il processo di aziendalizzazione degli anni Novanta e coincide con il periodo 1995-2001, in cui si assiste ad un profondo cambiamento del Servizio sanitario nazionale. La più ampia autonomia, di cui godono le aziende sanitarie, favorisce l'adozione di processi di formazione delle strategie basati su obiettivi di lungo periodo, secondo logiche di tipo aziendali, esaltando i criteri di efficienza e di contenimento dei costi, al fine di coordinare, in maniera sinergica, le nuove relazioni di collaborazione nate tra attori pubblici e privati nella gestione dei servizi sanitari.

Una terza fase, infine, si nota a partire dal 2001, quando la normativa sembra accelerare processo di aziendalizzazione. Questo processo ha sviluppato strategie volte a ridurre la spesa sanitaria, e a coinvolgere in maniera significativa i privati nel finanziamento e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Di seguito, si riporta uno schema semplificativo che ripercorre l'evoluzione storica della pratica strategica delle aziende sanitarie italiane, con riferimento agli approcci, agli strumenti utilizzati, alle finalità che si intendevano conseguire, e alle criticità che si sono manifestate.

Tab.12, Evoluzione storica della pratica strategica nelle aziende sanitarie italiane

Anni Ottanta	1995-2001	Dal 2001
1. Politica nella gestione 2. Zero based budget 3. Logica a cascata (obiettivi-programmi- fattori produttivi)	<i>Approccio</i> 1. New Public Management 2. Orientamento strategico di lungo periodo 3. Valutazione impatto economico-finanziario	1.Public Governance 2.Governance socio-sanitaria Locale 3. Accountability
Piani attuativi sanitari e locali	<i>Strumenti</i> 1. Piani come linee guida 2. Piani come linee guida e previsioni di spesa 3. Piani di rientro finanziario	1. Piani di rete e di governance locali 2. Bilancio sociale 3. BSC
Coordinamento attività necessarie alla cura del paziente	<i>Finalità</i> Coordinamento attività al fine di fornire un servizio efficiente ed efficace	1. Apertura ai soggetti privati 2. Coinvolgimento più attori
1. Rigidità delle procedure 2. Separazione tra le aree sanitarie e quelle amministrative 3. Scarsa attenzione alle tendenze ambientali	<i>Criticità</i> 1. Tendenze al grip back 2. Basso grado di realizzabilità dei piani	1. Quali attori coinvolgere 2. Come governare la pluralità di attori

Fonte: Cuccurullo C., 2006²³⁸.

Le Partnership Pubblico Privato in Italia

Nel corso degli ultimi anni, il fenomeno delle PPP si è sviluppato in molti settori della sfera pubblica. Anche se la diffusione di modelli innovativi di finanziamento delle infrastrutture e dei servizi risulta principalmente finalizzata alla raccolta di risorse aggiuntive a quelle pubbliche, l'aumento del ricorso a operazioni di PPP è tuttavia riconducibile a diversi fattori. In generale, lo sviluppo delle partnership può essere inquadrato nell'evoluzione del ruolo dello Stato nella sfera economica, che prospetticamente tende a transitare da un ruolo di operatore diretto ad un ruolo di regolatore, organizzatore e controllore.

²³⁸ Cuccurullo C. (2006). Gli approcci strategici nelle aziende sanitarie pubbliche: un'analisi preliminare, in Anessi Pessina E. e Cantù E., "L'aziendalizzazione della sanità in Italia", Cergas, Rapporto Oasi 2006.

In sostanza, in un progetto di PPP, la Pubblica Amministrazione affida all'operatore privato, anche sulla base di uno specifico contratto, l'attuazione di un progetto in modo tale che le rispettive competenze e risorse si integrino per realizzare e gestire opere pubbliche in funzione delle diverse responsabilità ed obiettivi.

Le PPP hanno iniziato a suscitare l'interesse delle istituzioni nei primi anni del 2000', quando la Commissione Europea ha mostrato il proprio concreto interesse ai partenariati pubblico privato attraverso il Libro Verde dell'aprile 2004²³⁹. Il Parlamento Europeo, infatti, a partire dal 2001, ha invitato la Commissione ad emanare una Direttiva per disciplinare uno strumento strategico che risultava essere ancora poco sviluppato nell'Unione Europea. Nel contesto italiano, invece, le PPP hanno sempre avuto una vita piuttosto travagliata. Gli operatori in esso coinvolti hanno dovuto confrontarsi con un contesto normativo continuamente mutabile nel tempo. Il principale riferimento normativo delle PPP consiste nel D.Lgs.50 del 2016 che sostituisce il d.lgs. n. 163/2006 nell'attuazione del nuovo codice sugli appalti²⁴⁰.

Come anticipato nel capitolo precedente, la prassi comunitaria e quella nazionale suddividono le diverse modalità di partnership formalizzate in due macro tipologie:

²³⁹ Riguardo alla recente normativa comunitaria nell'ambito delle PPP, agli inizi del 2014, si è concluso il lungo iter approvativo avviato nel 2011 su proposta della Commissione europea in merito alle tre nuove direttive comunitarie in materia di appalti pubblici e concessioni, il cui testo finale è stato adottato dal Parlamento europeo e dal Consiglio il 15 gennaio e l'11 febbraio 2014. Si tratta, in particolare de:

- la direttiva 2014/23/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014 sull'aggiudicazione dei contratti di concessione;
- la direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014 sugli appalti pubblici;
- la direttiva 2014/25/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014 sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali.

²⁴⁰ Il nuovo codice conserva l'impianto fondamentale delle disposizioni riguardanti i contratti di PPP e la finanza di progetto (PF) di cui al d.lgs. n. 163/2006 operando una razionalizzazione della disciplina dei contratti di concessione, in maniera fedele alle disposizioni delle direttive appena citate. L'ordinamento giuridico italiano disciplina attraverso tale codice sia le forme di PPP contrattuale, sia le forme di PPP istituzionalizzato. Inoltre, tale codice recepisce le direttive comunitarie citate nella nota precedente.

- Partenariato pubblico privato istituzionalizzato;
- Partenariato pubblico privato contrattuale

Le PPP di tipo istituzionalizzato (PPPI) implicano una cooperazione tra partner pubblico e privato che, costituiscono un'entità distinta a capitale misto con il compito di assicurare la fornitura di un'opera o di un servizio a favore del pubblico. I modelli di PPPI più conosciuti sono quelli della società mista per lo svolgimento dei servizi pubblici o anche delle fondazioni di partecipazione che, abbiano sempre la finalità di svolgere servizi pubblici. Nella realtà, la creazione di una PPPI si traduce in genere: (a) nella costituzione di una nuova impresa il cui capitale è detenuto congiuntamente dal partner pubblico e dal partner privato e, nell'aggiudicazione di un appalto pubblico o di una concessione in seno a tale entità; oppure (b) nella partecipazione di un partner privato ad un'impresa pubblica già esistente che esegue appalti pubblici o concessioni ottenuti in passato nell'ambito di una relazione interna. La scelta del partner privato non può «essere basata esclusivamente sulla qualità del suo contributo in capitali o della sua esperienza, ma dovrebbe tenere conto delle caratteristiche della sua offerta – che economicamente è la più vantaggiosa – per quanto riguarda le prestazioni specifiche da fornire». Comunque sia, l'apporto privato alle attività del PPPI consiste, a parte che nel conferimento di capitali o di altri beni, nella partecipazione attiva all'esecuzione dei compiti assegnati all'entità a capitale misto e/o nella gestione di tale entità. Al contrario, il semplice conferimento di fondi da parte di un investitore privato ad un'impresa pubblica non costituisce un PPPI.

La partnership contrattuale è invece basata su legami esclusivamente negoziali tra i vari soggetti pubblici e privati. All'interno del contratto saranno indicati i diversi tipi di intervento, nei quali una o più funzioni (tra cui progettazione, finanziamento, realizzazione, gestione di un lavoro o di un servizio) saranno affidate al partner privato. In Italia le modalità attraverso le quali è possibile affidare questo tipo di contratto sono sostanzialmente due: il

procedimento a iniziativa pubblica e quello a iniziativa privata, noto anche come procedimento del promotore.

Il procedimento ad iniziativa pubblica si caratterizza per il fatto che l'Amministrazione redige tutti gli atti da porre a base di gara (studio di fattibilità, progetto preliminare, piano economico-finanziario, studio ambientale e territoriale, bozza di convenzione) ed ha, quindi, un controllo maggiore su tutto il progetto.

Nel procedimento ad iniziativa privata, invece, tutti gli atti di gara sono predisposti dal promotore in quanto costituiscono la proposta per la realizzazione e la gestione dell'infrastruttura. L'Amministrazione valuterà questa proposta o anche altre, nel caso in cui ne vengano presentate più di una. La valutazione sarà fatta anche in maniera comparativa, fino a scegliere quella proposta che l'Amministrazione ritiene di pubblico interesse e quella proposta sarà a base di una gara per l'affidamento successivo del contratto di concessione di costruzione e gestione.

Tra le diverse forme di PPP contrattuale, un ruolo centrale è svolto dalla finanza di progetto (o project financing)²⁴¹, che rappresenta senza dubbio la modalità maggiormente utilizzata. Tale forma, istituita in Italia con la Legge 11 novembre 1998, n. 415 (cd. legge Merloni-ter), consiste nel finanziamento di un progetto in grado di generare, nella fase di gestione, flussi di cassa sufficienti a rimborsare il debito contratto per la sua realizzazione e remunerare il capitale di rischio.

Le PPP possono prevedere differenti forme contrattuali. Le più utilizzate in Italia sono le seguenti:

²⁴¹ Per approfondimenti, si veda Nevitt K.P., (1987), *Project Financing*, trad. it. della 4 ed. a cura di P. De Sury, Roma, 13. L'istituto è stato prevalentemente studiato dalla dottrina aziendalistica, come forma di finanziamento alternativa al tradizionale finanziamento di impresa: Imperatori, (1995), *Il project financing - Una tecnica, una cultura, una politica*, Il sole 24 ore, Milano. Si veda inoltre, sull'istituto: Draetta U. e Vaccà C. (1997.), *Il project financing: caratteristiche e modelli contrattuali*, Egea, Milano; De Sury P. e Miscali M.(1995), *Il Project Finance*, Egea, Milano.

- 1) design & build, che affida all'operatore privato la progettazione e costruzione di un'opera, con finanziamento a carico dell'amministrazione pubblica;
- 2) operation & maintenance, che commissiona all'operatore privato la sola gestione di un servizio pubblico;
- 3) design, build & operate, che incarica l'operatore privato di progettare e costruire l'opera e la gestione del servizio a essa correlato, con finanziamento a carico dell'amministrazione pubblica;
- 4) build, lease and transfer, che affida ad un pool di operatori (industriali e finanziari) la progettazione, il finanziamento in leasing, e la costruzione di un'opera; al termine del contratto è previsto il trasferimento della piena proprietà dell'opera all'amministrazione;
- 5) design, build, finance and operate, che affida all'operatore privato la progettazione, il finanziamento, la costruzione e la gestione di un'opera funzionale all'erogazione di servizi a titolarità pubblica;
- 6) build, operate and transfer, che affida all'operatore privato la progettazione, il finanziamento, la costruzione di un'opera e la gestione del servizio correlato (opere cosiddette a tariffazione sull'utenza), i cui ricavi contribuiscono totalmente o in parte alla copertura dei costi (di gestione e di investimento) e alla remunerazione dei capitali investiti.

La grande crescita delle PPP in Italia è testimoniata dai dati, che nel confermare l'espansione in diversi settori, incoraggia ulteriori interventi sul piano normativo e sugli assetti di *governance* che porterebbero a legittimare ulteriormente l'istituto.

Le PPP in sanità in Italia

Nel contesto sanitario, le PPP possono essere considerate il risultato di un percorso che ha privilegiato maggiormente obiettivi di efficienza nella sua fase iniziale (coincidente con le riforme degli anni Novanta), per poi spostare

l'attenzione anche su obiettivi di maggiore efficacia, coinvolgendo, di fatto, in maniera più ampia i soggetti privati, allo scopo di creare sinergie.

Le numerose e profonde trasformazioni che, nel corso degli ultimi venticinque anni, hanno modificato la configurazione del sistema sanitario italiano hanno reso possibile, tra l'altro, l'introduzione e l'adozione di formule organizzative e gestionali innovative, volte, tramite la collaborazione tra azienda sanitaria pubblica e impresa privata, a perseguire obiettivi di efficacia ed efficienza del sistema sanitario.

All'interno di questo scenario, riveste un ruolo significativo uno specifico strumento, introdotto nel nostro ordinamento da alcune disposizioni di legge, attraverso il quale il legislatore ha previsto, al fine di migliorare le condizioni di efficienza del sistema sanitario, che le aziende sanitarie potessero sperimentare «anche in deroga alla normativa vigente» nuove forme di gestione dei servizi.

Si tratta delle «sperimentazioni gestionali»²⁴², istituto introdotto dalla legge n. 412 del 30-12-1991 (art. 4), che intende rispondere all'esigenza di favorire il rapporto tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati (for-profit e non-profit) per l'adozione di modelli organizzativi e gestionali innovativi volti al raggiungimento di più elevati livelli di efficienza.

La legge non fornisce una specifica definizione di sperimentazione gestionale e soprattutto non fornisce le modalità attraverso le quali poter realizzare tali iniziative. Ciò determinerà, negli anni successivi, altri interventi da parte del legislatore e probabilmente la formulazione troppo generica del testo non consentirà, almeno in un primo tempo, una grande diffusione delle esperienze di collaborazione. Tuttavia, occorre evidenziare la significativa innovazione apportata dalla norma, tramite la quale il legislatore ha inteso superare le rigidità strutturali del servizio sanitario attraverso il possibile ricorso

²⁴² in seguito alla legge n. 405 del 2001 (art. 3), che attribuisce alle Regioni e alle Province autonome il potere di adottare autonomamente i programmi di sperimentazione gestionale (per i quali è sufficiente la loro trasmissione in copia ai Ministeri competenti insieme a una relazione annuale sui risultati conseguiti),

a nuovi modelli gestionali. Oggi la competenza in materia di sperimentazioni gestionali spetta alle Regioni, le quali possono procedere attraverso una propria regolamentazione in materia, ovviamente nel rispetto della normativa vigente.

Il soggetto privato ha quindi assunto un nuovo ruolo che non è più esclusivamente quello di interlocutore dal quale acquisire input o al quale affidare servizi di secondaria importanza, ma quello di ente con il quale l'azienda sanitaria può collaborare in senso più ampio per il perseguimento dei propri fini istituzionali, anche nello svolgimento dell'attività sanitaria.

Il coinvolgimento del soggetto privato da parte dell'azienda sanitaria passa quindi da una logica di tipo transazionale, limitata alla fornitura di servizi più o meno appartenenti alle attività core, a una logica basata su un rapporto tra tali soggetti sempre più strutturato, duraturo e pervasivo che può riguardare anche lo svolgimento delle stesse attività di ricovero, cura o ricerca.

L'ambizioso obiettivo che si intende raggiungere attraverso la collaborazione non è più solo quello di una maggiore efficienza conseguente al contenimento dei costi, ma è anche quello di incrementare la qualità dei servizi erogati al paziente attraverso l'apporto di un bagaglio di *know-how* specialistico-professionale, oltre che gestionale, da parte del soggetto privato.

Come visto in precedenza dall'analisi dei dati sulla spesa sanitaria in Italia, negli ultimi 10 anni gli investimenti hanno evidenziato un calo significativo. Ciò è conseguenza in parte della *spending review* attuata, in parte dagli effetti del processo di riforma, in altra parte dall'intervento dei privati nel settore. Ciò giustifica una delle ragioni per la quale è stato scelto tale contesto per la ricerca sviluppata. Infatti, l'azione di *spending review* che caratterizza il settore sanitario italiano da anni ha determinato una forte spinta per l'istituzione di PPP, soprattutto riguardo ai privati non-profit. Tuttavia, sono ancora da perfezionare dei meccanismi sostenibili per alimentare la spesa per investimenti, che non siano il ricorso a gare al massimo ribasso basate sul costo di fornitura delle attrezzature.

D'altro canto, vi è da chiedersi come far fronte anche ai grandi investimenti, in considerazione del fatto che le operazioni di concessione fatte nel passato hanno riscontrato diversi problemi. In tal senso, si inseriscono le PPP, che nella loro accezione più ampia, ricomprendono anche quei contratti che consentano di far fronte alle esigenze di rinnovo dell'intero parco tecnologico, trovando formule avanzate di gestione dei servizi in grado di contenere i costi e aumentare il livello qualitativo delle prestazioni.

Affinché questo avvenga, la cooperazione tra pubblico e privato non deve limitarsi, come negli appalti, alla mera attività di progettazione e costruzione dell'opera pubblica o all'esecuzione del servizio, ma deve attivamente coinvolgere il privato, in tutte le fasi dell'operazione. L'acquisizione delle conoscenze tecniche e scientifiche dei privati arricchisce il *know how* delle amministrazioni pubbliche, oltre ad alleggerire gli oneri economici gravanti sulle stesse per la realizzazione di opere pubbliche o l'erogazione di servizi, ottenendo consistenti risparmi economici.

Riguardo al finanziamento, la maggior parte delle PPP in Italia sono state finanziate per mezzo di operazioni di *Project Financing*²⁴³.

Diversi studi²⁴⁴ hanno effettuato un confronto tra l'Italia e i principali paesi europei riguardo all'incidenza dei progetti aggiudicati nel settore sanitario sull'ammontare complessivo delle aggiudicazioni in PPP, con una rilevanza notevole di quelli finanziati tramite *Project finance*. Nel confronto rappresentato nel grafico, che prende in considerazione le PPP nel settore dell'edilizia sanitaria, l'Italia ha assunto un ruolo negli anni sempre più importante, presentando una percentuale considerevole di investimenti in sanità

²⁴³ Le forme di *project financing* o di esternalizzazione di alcune prestazioni, l'introduzione di meccanismi di concorrenza o di collaborazione amministrata hanno rappresentato varie modalità per cercare di conseguire gli obiettivi di razionalizzazione della spesa e di migliorare l'efficacia e la qualità degli interventi sanitari

²⁴⁴ In questo caso si fa riferimento al seguente lavoro: Osservatorio Finlombarda sul Project Finance in sanità (2013), XI Report.

rispetto al totale dei progetti aggiudicati (nel 2011 rappresentava circa il 15% degli investimenti)²⁴⁵.

Tale risultato assume una importanza notevole, se si considera che un peso degli investimenti nell'edilizia sanitaria finanziati tramite *project finance* così rilevante a livello globale è rinvenibile soltanto nel Regno Unito e in Canada. Nello specifico, il Canada è il paese che rappresenta la maggiore incidenza degli investimenti sul totale degli altri settori, con il 30%.

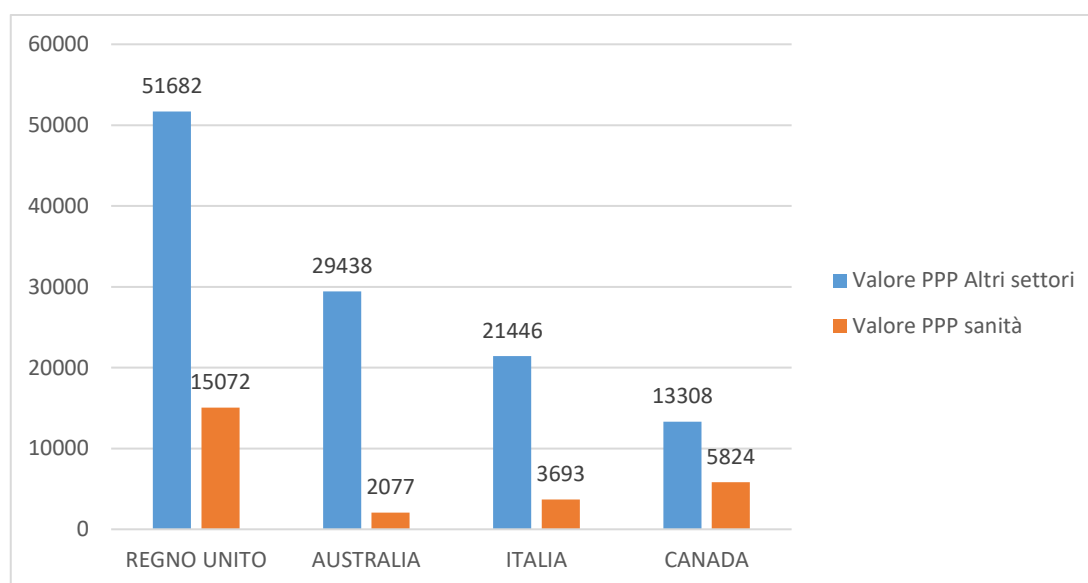


Fig.2 Incidenza delle PPP in sanità sul totale delle PPP: valore degli investimenti aggiudicati (Osservatorio Finlombarda sul Project Finance in sanità, XI Report, 2013).

Se si tiene conto della dimensione dei progetti aggiudicati, ci si rende tuttavia conto che il valore degli investimenti fatti in Italia è più basso rispetto agli altri. In particolare, è emblematico il confronto con il Regno Unito. In questo paese il 47% del numero dei progetti presenta una dimensione dell'investimento maggiore di 50 milioni di euro. In tale classe sono presenti 55 progetti che valgono l'89% del valore degli investimenti, con un valore di circa 13.453.000.000 di euro.

In Italia la percentuale di progetti che supera 50 milioni è del 38%, ed è rappresentata da 20 progetti, con un valore di circa 3.214.200.000 di euro.

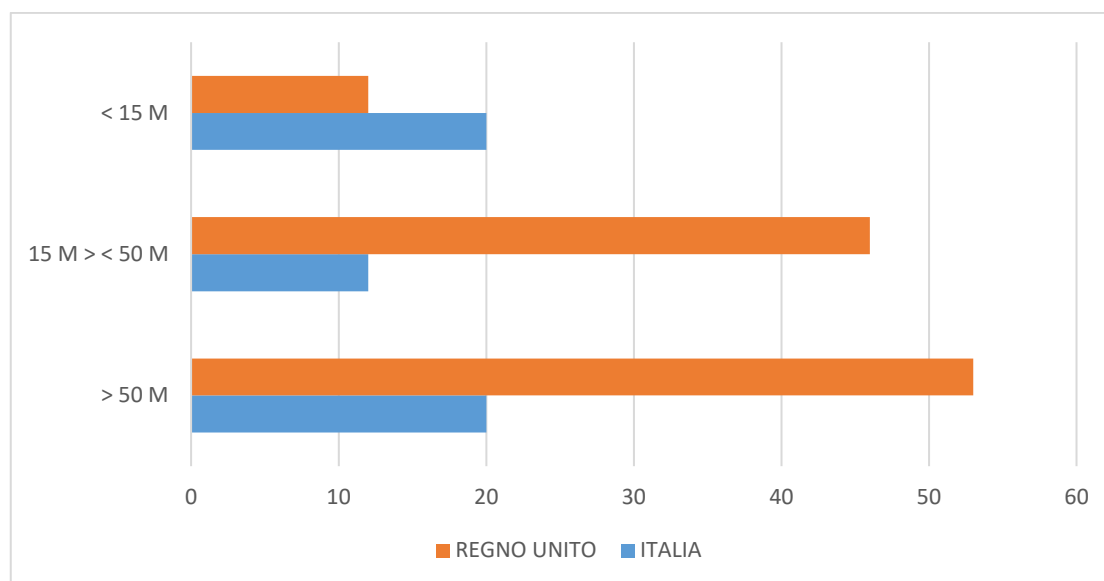


Fig.3 Ripartizione per classe degli investimenti sanitari in PPP (Osservatorio Finlombarda sul Project Finance in sanità, XI Report, 2013).

Tuttavia, vi sono indubbiamente delle potenzialità ancora poco sfruttate, che potrebbero essere colmate con l'inserimento di meccanismi che siano in grado di migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema, anche sfruttando le competenze e le esperienze degli operatori di mercato.

In particolare, riguardo al *project finance*, che è il principale strumento attraverso il quale è stato possibile realizzare strutture che hanno ammodernato un contesto infrastrutturale obsoleto, permangono ancora diverse criticità che gli impediscono di divenire a tutti gli effetti una soluzione efficiente all'attuale crisi della finanza pubblica. Nello specifico, le problematiche riguardano i tempi delle procedure di affidamento: basti pensare che per la realizzazione di una struttura sanitaria sono necessari in media ben 6,4 anni dalla programmazione all'avvio della gestione. Il gap temporale è ulteriormente aggravato dalle difficoltà in cui versa attualmente il sistema bancario, che determina un notevole rischio di volatilità delle condizioni di finanziamento provocando un aumento dei costi e il rallentamento nella realizzazione delle opere.

Recenti interventi normativi sono finalizzati ad affrontare tali criticità, da un lato snellendo e riordinando le procedure per facilitare la partecipazione dei potenziali partner privati, dall'altro predisponendo delle misure volte a garantire o aumentare la finanziabilità delle iniziative attraverso il preliminare coinvolgimento delle banche sin dalla predisposizione dei documenti di gara. Inoltre, riguardo al contesto sanitario, il d.l. n. 18/2012 (c.d. "decreto salute") ha incentivato il ricorso al *project finance* per operazioni in ambito sanitario grazie alla cessione ai privati di strutture ospedaliere esistenti a titolo di corrispettivo che possono essere anche oggetto di cambio di destinazione d'uso. Chiaramente, la reale efficacia di questi provvedimenti è condizionata al loro reale utilizzo da parte degli operatori preposti.

Riguardo alle PPP in cui l'apporto del privato si sostanzia, oltre che nel finanziamento, nell'erogazione dei servizi (come quella oggetto del presente elaborato), le evidenze a riguardo sono presenti in numero inferiore, ma sono comunque in crescita negli ultimi anni. In una prima fase della loro diffusione il coinvolgimento del soggetto privato ha riguardato soprattutto l'erogazione servizi no core (come ad esempio la ristorazione, la lavanderia, la pulizia, ecc.), mentre in una fase successiva la collaborazione sta accogliendo sempre più spesso anche attività core, che talvolta hanno valenza strategica.

3.2 Gli attori della partnership

Fondazione Pascale

L'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G.Pascale" è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) a rilevanza nazionale, riconosciuto come il maggiore IRCCS Oncologico del Mezzogiorno e centro di riferimento per la rete oncologica nazionale e regionale. L'istituto rappresenta uno dei 18 IRCCS presenti sul territorio nazionale.

Da un lato, tali Istituti forniscono un eccellente servizio di cura²⁴⁶, dall'altro forniscono un contributo rilevante alle priorità di ricerca del SSN finalizzata a fornire delle cure efficaci per i pazienti²⁴⁷.

Il doppio scopo istituzionale e l'intervento finanziario diretto del Ministero della Salute rende gli IRCCS delle strutture altamente complesse²⁴⁸. Talvolta, questi presentano dimensioni inferiori agli ospedali tradizionali, in quanto si concentrano in maniera intensiva sulle attività di ricerca, offrendo poche ma differenziate e specialistiche attività di cura²⁴⁹.

Inoltre, ulteriore elemento di complessità, che si concretizza nel case study sviluppato, gli IRCCS stabiliscono frequenti collaborazioni con organizzazioni private, for-profit o non-profit, allo scopo di raccogliere fondi oppure per l'outsourcing di specifiche attività cliniche (come i servizi di assistenza domiciliare).

L'Istituto Fondazione Pascale, oltre a svolgere attività di cura, persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica, e di ricerca applicata nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, dedicando grande impegno alle problematiche più ampie del paziente oncologico, che vanno dall'assistenza psicologica ai problemi nutrizionali, alla terapia del dolore, alle cure palliative in genere, fino alle fasi più delicate della malattia. L'Istituto vanta nel proprio organico eccellenze nel campo della cura e della ricerca.

Il Pascale, in linea con quanto accade all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, è spesso sottoposto ad una domanda da parte dei cittadini che supera di gran lunga l'offerta dei servizi che è in grado di fornire, il che rende la gestione spesso problematica.

²⁴⁶ Compagni A, Tediosi F. (2012), *Op.cit.*

²⁴⁷ France G, Taroni F, Donatini A. (2005), The Italian health-care system. *Health Econ.*, 14(1), pp. 187–202.

²⁴⁸ Per un approfondimento sugli IRCCS si veda Passerino C e Zotta G.(2008), *Op.cit.*; Carbone C., Lega F., Salvatore D., Tozzi V. (2007), *Op.cit.*

²⁴⁹ Si veda Sarto F., Veronesi G., Kirkpatrick I., Cuccurullo C. (2015), Exploring regionalism of public management reform: the case of the Italian hospital sector. *Policy Press*, 44(4), pp. 525-545.

Riguardo all'apparato dirigenziale, l'Istituto adotta un organigramma tradizionale, che vede la presenza di un Direttore Generale, una Direzione Scientifica, un Direttore Sanitario, un Direttore Amministrativo e un Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Il Direttore Generale esercita tutti i poteri inerenti la gestione complessiva dell'Ente, per un periodo non inferiore ai tre anni e non superiore ai cinque. Egli stipula con il Direttore Scientifico (nominato dal Ministero della Salute, sentito il Presidente della Regione) un contratto di lavoro di durata quinquennale. Il Direttore Generale si avvale della collaborazione di un Direttore Amministrativo e di un Direttore Sanitario da lui scelti. Il Direttore Generale assicura la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi proposti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

La Direzione Scientifica rappresenta il centro di coordinamento e programmazione dell'attività scientifica dell'Istituto, e la sua mission è dare impulso ad attività coerenti con il tipo di ricerca svolto presso l'Istituto: prevenzione, diagnosi e cura dei tumori nell'ottica della trasferibilità dei risultati della ricerca dai laboratori alla pratica clinica e viceversa.

Il Direttore Sanitario dipende direttamente dal Direttore Generale. Gli compete il coordinamento di tutte le attività clinico-assistenziali e la cura degli aspetti igienico sanitari e organizzativi secondo quanto previsto dalle attuali normative, e partecipa altresì al governo aziendale prendendo parte al processo di pianificazione dell'Istituto, congiuntamente alla Direzione Scientifica e alla Direzione Amministrativa, coordinando le attività dei Dipartimenti.

Il Direttore Amministrativo svolge i compiti previsti dal D.Lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, nonché dalla normativa regionale in materia. Tale soggetto, nominato dal Direttore Generale, contribuisce all'ordinario funzionamento di tutte le strutture dell'Ente ed opera con la collaborazione del Dipartimento Amministrativo e del Dipartimento Tecnico.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica è composto da 5 membri e viene nominato dalla Giunta Regionale che individua, altresì, il componente cui attribuire le funzioni di Presidente. Tale organo ha diverse funzioni, sia di governo che di controllo. Definisce gli indirizzi strategici dell'Istituto, approva i programmi di attività verificandone l'attuazione, esprime pareri preventivi al Direttore Generale sul bilancio preventivo e di esercizio, e svolge le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto sui risultati raggiunti rispetto agli obiettivi predeterminati.

Come anticipato in precedenza, coerentemente alla domanda di ricerca del presente lavoro, l'attore designato per il *case study* è un Dipartimento specifico dell'Istituto Fondazione Pascale, che dal 2009 porta avanti una partnership di tipo contrattuale con una onlus che ne supporta le principali attività.

La scelta di concentrarsi sul Dipartimento di Ematologia dell'Istituto Fondazione G.Pascale deriva dal fatto che, a seguito della Partnership contrattuale con l'Avep, ha conosciuto un costante processo di crescita. Inoltre, una ulteriore motivazione riguarda la grande disponibilità dello staff delle due organizzazioni nel momento in cui è stata proposta la ricerca. Ciò ha consentito di svolgere ai ricercatori un lavoro quotidiano direttamente presso aree dedicategli all'interno del Dipartimento e dell'Associazione.

Il Dipartimento di Ematologia rappresenta uno dei 12 dipartimenti presenti nell'Istituto. Il Dipartimento è costituito dalla Struttura Complessa di Ematologia Oncologica e dalla Struttura Complessa di Medicina Trasfusionale. La Struttura di Ematologia Oncologica è articolata in un reparto di degenza ordinaria con 12 posti letto, un reparto di degenza protetta e Trapianto di midollo con 6 posti letto, un DH diagnostico/terapeutico, un laboratorio specialistico di Ematologia Molecolare ed ambulatori dedicati per prima visita ematologica, follow-up, follow-up post-trapianto e monitoraggio dei pazienti arruolati in studi clinici.

La Struttura di Medicina Trasfusionale è invece articolata in settori operativi dedicati alla diagnostica specialistica di laboratorio, all'attività

produttiva di emocomponenti, all'attività clinica di medicina trasfusionale ed all'aferesi di cellule staminali emopoietiche ed alla manipolazione cellulare²⁵⁰.

Il dipartimento si compone di uno staff che vede a capo un Direttore di dipartimento, che coordina un team di ricercatori, medici ricercatori, medici e infermieri. Il dipartimento offre inoltre servizi di segreteria, ed una area dedicata all'Avep Onlus, in cui lo staff dell'associazione, di impronta manageriale, supporta le attività di tipo amministrativo/contabile del dipartimento. Questo rende il Dipartimento diverso dagli altri, in quanto la presenza di manager professionisti all'interno dello stesso tende ad offrire delle attività finalizzate a ridurre lo spreco di risorse al minimo, attraverso una gestione votata all'economicità.

Avep Onlus

La A.V.E.P. Onlus²⁵¹ è un'associazione di volontariato riconosciuta nata nel 2009, gestita da professionisti aziendalisti, esperti nel campo contabile, del controllo di gestione, e della ricerca accademica su tali tematiche. La onlus si propone di raccogliere fondi per finanziare programmi di miglioramento organizzativo e strutturale del Dipartimento di Ematologia dell'Istituto Fondazione Pascale.

Avep ha un organigramma che si compone di quattro soci, un revisore unico, un comitato scientifico, un collegio dei probiviri, ed una ulteriore rete di volontari. Tutti gli organi, ad eccezione del comitato scientifico, sono rappresentati da professionisti affermati in vari settori dell'economia aziendale. Il comitato scientifico, si compone invece del Direttore del Dipartimento di Ematologia del Pascale (che lo presiede), da un Dirigente Medico Responsabile del "Laboratorio specialistico di Ematologia Molecolare" del Dipartimento

²⁵⁰http://www.istitutotumori.na.it/IstitutoPascale/Dipartimenti/D_Ematologico/DIP_Ematologico.html

²⁵¹ Per maggiori informazioni sull'associazione si veda <http://www.aveponlus.it/>

stesso, e da una ulteriore eccellenza del campo medico, attualmente esterna all'IRCCS Pascale. Tale organo, rappresenta un punto di contatto tra l'associazione e il dipartimento, in quanto partecipa all'assemblea dei soci dell'Avep, al fine di stabilire delle strategie comuni che interessino l'aspetto gestionale e quello scientifico.

L'obiettivo primario dell'associazione è quello di finanziare l'assistenza domiciliare integrata, continua e costante, ai pazienti con specifiche patologie ematologiche in cura presso il Reparto. Ulteriori attività con cui l'associazione supporta il Dipartimento riguardano l'adeguamento delle infrastrutture, l'acquisto di attrezzature, il finanziamento delle attività di ricerca, l'assistenza psicologica fornita ai pazienti, l'assistenza su attività di carattere gestionale e contabile.

Le modalità attraverso le quali l'Avep Onlus raccoglie i fondi necessari per supportare il Dipartimento di Ematologia sono tre:

- Donazioni spontanee (punti fisici, sito web, campagne di crowdfunding);
- Spettacoli ed Eventi (ogni anno, l'Avep organizza almeno due party, cui prendono parte artisti di rilievo nazionale, ottenendo ottimi consensi di pubblico);
- Donazioni tramite il 5 per mille;

L'attività principale è rappresentata dal servizio di assistenza domiciliare, che mira a diminuire il tempo di permanenza media del paziente in reparto, liberando, dunque, posti letto in modo da consentire ad altri ammalati di essere ricoverati, aumentando il numero di degenti annuo. La possibilità di somministrare cure ad un maggior numero di ammalati comporta un aumento della Speranza di Vita.

La novità assoluta dell'erogazione di questo servizio, che forse porta l'associazione ad essere un caso unico in Italia, riguarda le risorse che si occupano dell'erogazione di tale servizio. Infatti, l'associazione può contare sui medici e gli infermieri che operano quotidianamente in reparto, che

conoscono l'iter clinico del paziente e riescono quindi a migliorare la degenza e spesso ad evitare il sentimento di abbandono e smarrimento che potrebbe svilupparsi nei pazienti qualora fossero assistiti da persone che non conoscono la situazione clinica pregressa. Tale processo di selezione consente di rendere adeguato e sostenibile a tutti gli effetti il capitale di risorse umane necessario.

La partnership tra l'associazione e il Dipartimento nacque nel 2009, e, come vedremo nel prossimo capitolo, quando si discuterà dei risultati ottenuti attraverso l'implementazione del modello sviluppato per la valutazione delle performance della partnership, ha portato enormi benefici alle numerose attività che il Dipartimento svolge.

Avep onlus, oltre ad avere una sede legale e operativa propria, opera anche direttamente presso il reparto attraverso una area dedicata, in cui svolge diverse attività. In particolare, la rete di volontari svolge con cadenza quasi quotidiana attività di *fund raising*. I managers supportano l'attività contabile e amministrativa del Reparto. Tale sede è stata molto importante durante la ricerca.

Riguardo al contratto che lega la Onlus all'IRCCS, si tratta di una convenzione che viene rinnovata ogni tre anni. L'ultimo rinnovo, è stato effettuato nel 2016.

Per portare avanti il suo progetto, Avep Onlus ha inoltre istituito negli anni una serie di collaborazioni sia con aziende che finanziavano le varie iniziative, sia con Ordini professionali, che con professionisti affermati in ambito aziendale.

CAPITOLO III

Lo sviluppo di un modello multidimensionale per la valutazione degli effetti della partnership pubblico non-profit in ambito sanitario

SOMMARIO: 1. L'adattamento del modello della Balanced Scorecard 2. La verifica del modello attraverso un confronto tra le performance pre e post partnership 3. Considerazioni conclusive e spunti di riflessione per le ricerche future

1. L'adattamento del modello della Balanced Scorecard

Dal quadro della letteratura sui sistemi di *performance evaluation* adottabili in sanità, è emerso, che tra gli strumenti adattabili alle peculiarità delle aziende sanitarie, la BSC rappresentava il più completo, specie se si riferiva ad un attore pubblico che aveva in atto una collaborazione con un privato.

La BSC ha visto una grande diffusione per la valutazione delle performance delle aziende sanitarie, anche se alcuni studiosi hanno notato che una minore considerazione è stata prestata nel contesto sanitario rispetto ad altri ambiti di ricerca²⁵². Inoltre, una limitata attenzione è stata posta nell'utilizzo della BSC allo scopo di valutare le performance finanziarie e non finanziarie delle PPP²⁵³.

Dall'analisi dei sistemi di *performance evaluation* preesistenti nel Dipartimento di Ematologia, nonché dalle osservazioni degli intervistati, è emersa una insoddisfazione rispetto agli stessi, in quanto non erano in grado di cogliere numerosi aspetti, tra cui sicuramente anche quelli inerenti la collaborazione con Avep Onlus.

In precedenza, sono state descritte le varie fasi dello studio, che hanno consentito ai ricercatori di analizzare la realtà oggetto di indagine, e di raccogliere tutte le informazioni e i dati necessari a programmare e sviluppare una particolare versione di BSC che fosse in grado di valutare, attraverso un approccio multidimensionale, le prestazioni del Dipartimento, prima e a seguito della formalizzazione della collaborazione con la onlus.

Lo strumento, oltre a misurare le performance in termini economico-finanziari, riesce ad apprezzare l'efficacia delle attività sanitarie nei confronti dei principali stakeholders²⁵⁴.

²⁵² Hoque Z., (2014), *Op.cit*; Modell, S. (2004), *Op.cit*; Ten Asbroek *et al.* (2004), *Op.cit.* , Baraldi S. (2005), *Op.cit*; Bisbe J. e Barrube' J., (2012), *Op.cit.*

²⁵³ Dean A. e Kiu C. (2002), *Op.cit.*; Jamali D. (2004), *Op.cit.*

²⁵⁴ Kaplan R.S. e Norton D.P., (2001), *Op.cit*; Meliones J. N, Ballard R, Liekweg R, Burton W.(2001), *Op.cit.*; Ross J.A. (2001), 'Fiscal health and quality care: Montefiore Medical Center scores with the BSC', *Balanced Scorecard Report*, November: 1–3; Kaplan R.S. (2010), 'Conceptual foundations of the Balanced Scorecard', *Harvard Business School Press. Working Paper* n. 10–074.

In base a quanto sostenuto dalla letteratura sul tema, e confermato dagli intervistati durante la ricerca, per essere adattata all'ambito sanitario la BSC necessita di una serie di modifiche. Basti pensare che nella sua tradizionale struttura, la dimensione economico-finanziaria occupa il primo livello. Anche se questa prospettiva è molto importante per valutare la capacità dell'ospedale di gestire le sue attività in modo efficace ed efficiente, non può assurgere ad interesse principale²⁵⁵. Lo scopo primario di una azienda sanitaria non può infatti essere legato ai risultati economico-finanziari, pertanto c'è comunanza d'accordo in letteratura sul ritenere la struttura tradizionale della BSC adottata dalle aziende private inadeguata agli scopi informativi delle organizzazioni pubbliche operanti in sanità²⁵⁶.

Diversamente, nel caso osservato, i ricercatori ritengono che per una applicazione corretta nel settore sanitario è necessario inserire la dimensione relativa ai pazienti e ai dipendenti nella parte superiore della gerarchia²⁵⁷. Inoltre, la selezione delle prospettive dovrebbe anche tenere conto degli obiettivi istituzionali²⁵⁸ dell'ospedale²⁵⁹.

Dunque, al fine di rispettare tali principi, oltre quelli relative alla dimensione economico-finanziaria, al livello più alto della BSC sviluppata è stata inserita la prospettiva dei pazienti e dei dipendenti. Altresì, il modello

²⁵⁵ Voelker K, Rakich J, French G. (2001), The balanced scorecard in healthcare organizations: A performance measurement and strategic planning method. *Hosp. Top. J.*; 79(3): pp. 13–24.

²⁵⁶ Si veda Kaplan R.S. e Norton D.P. (2001), *Op.cit.*; Rimar S. e Garstka S.J. (1999), The BSC: development and implementation in an academic clinical department. *Acad. Med.* 1999; 74(2), pp. 114–122; Meliones J. N, Ballard R, Liekweg R, Burton W.(2001), *Op.cit.*

²⁵⁷ Così come sostenuto nello studio di: Rimar S., (2000), Strategic Planning and the Balanced Scorecard for Faculty Practice Plans”, *Academic Medicine*, 75,12: 1,186-1,188; Si veda, a proposito delle priorità dei diversi livelli della BSC, anche: Niven P.R. (2005), *Balanced scorecard diagnostics: Maintaining maximum performance*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

²⁵⁸ Per esempio, quando è stata applicata la BSC alle Aziende Ospedaliere Universitarie, che hanno nella didattica una delle attività core, lo strumento è stato integrato con la prospettiva della didattica. In tal senso, si veda Trotta A, Cardamone E, Cavallaro G, Mauro M. (2013), Applying the balanced scorecard approach in teaching hospitals: a literature review and conceptual framework. *The Int. J. Health Plann. Manage.*; 28(2), pp.181–201.

²⁵⁹ Zelman W.N., Blazer D., Gower J.M., Bumgarner P.O., Cancilla L.M. (1999), Issues for academic health centers to consider before implementing a balanced-scorecard effort. *Acad. Med.*, 74(12), pp. 1269-1277; Kaplan RS, Norton DP. Transforming the Balanced Scorecard from performance measurement to strategic management: part I. *Account Horiz.* 2001; 15(1): 87-104.

sviluppato introduce i processi di cura e di ricerca che rappresentano le attività core dell'IRCCS osservato²⁶⁰.

Per ogni prospettiva, sono state considerate delle *key performance activities* (KPA) e i relativi *key performance indicators* (KPI), sulla base del framework teorico di riferimento e dei feedback degli intervistati.

Una novità importante insita nello strumento consiste nel contemplamento delle tradizionali misure di input/output (per esempio, tasso di occupazione dei posti letto, durata dei ricoveri, numero di ingressi di nuovi pazienti e di dimissioni)²⁶¹, e la selezione di indicatori che possano catturare anche gli effetti molteplici della partnership sulla performance del Dipartimento (ad esempio, la soddisfazione dei dipendenti, la raccolta di fondi da parte del Dipartimento sul totale delle risorse disponibili).

Riguardo alla prospettiva di creazione di valore per gli stakeholders, si fa riferimento a 2 KPA, ovvero la soddisfazione dei pazienti e la soddisfazione dei dipendenti (medici e infermieri).

All'interno della KPA relativa alla soddisfazione dei pazienti sono state identificate quattro KPI:

- a) Assistenza domiciliare (istituito con l'avvento della Partnership con l'Avep Onlus);
- b) Attività generiche del Dipartimento;
- c) Tasso di reclami;
- d) Tempi di attesa.

Da quanto emerso durante i colloqui con i medici, questi indicatori esprimono i principali requisiti per soddisfare i pazienti, che consistono nella tempestività con cui si interviene per somministrare le cure e nelle relative attività di supporto nella fase di *follow up*.

²⁶⁰ Inamdar N, Kaplan RS, Bower M. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *J Health Manage.* 2001; 47(3): 179-95.

²⁶¹ Nutley S, Smith P.C. (2008), *Op.cit*; Klazinga N, Stronks K, Delnoij D, Verhoeff A. (2001), Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *Int J Qual Heal Care*; 13(6), pp. 433-438.

Riguardo alla soddisfazione dei dipendenti, sono stati selezionati i seguenti indicatori:

- e) Livello di soddisfazione nella relazione con i colleghi;
- f) Relazione con i pazienti;
- g) Realizzazione professionale.

Il livello di soddisfazione si basa sulla scala likert (valori da 1 a 4) e i dati sono stati raccolti attraverso questionari. Di seguito, si illustrano le attività, gli indicatori, e le fonti da cui i dati sono stati raccolti, e la descrizione delle modalità attraverso le quali sono stati strutturati gli indicatori.

Tab.12, La prospettiva della Soddisfazione degli Stakeholders della Balanced Scorecard

Prospettiva	KPA		KPI	Fonte dati	Descrizione
SODDISFAZIONE STAKEHOLDERS	Pazienti	a.	Servizio assistenza domiciliare	Questionario ai pazienti fruitori del servizio	Livello di soddisfazione, scala Likert (1 a 4)
		b.	Servizi del Dipartimento	Questionario ai pazienti fruitori dei servizi	Livello di soddisfazione, scala Likert (1 a 4)
		c.	Tasso di reclami	Report interni del Dipartimento	Numero di reclami per ricovero
		d.	Tempi di attesa	Report interni del Dipartimento	Tempo medio per i trattamenti
	Dipendenti	e.	Relazioni con i colleghi	Questionario ai dipendenti	Livello di soddisfazione, scala Likert (1 a 4)
		f.	Relazioni con i pazienti	Questionario ai dipendenti	Livello di soddisfazione, scala Likert (1 a 4)
		g.	Realizzazione professionale	Questionario ai dipendenti	Livello di soddisfazione, scala Likert (1 a 4)

Fonte: Elaborazione propria.

Per quanto concerne la prospettiva economico-finanziaria, la ricerca si è incentrata sulle principali fonti dei Costi e dei Ricavi provenienti dalle principali attività espletate.

Riguardo ai Ricavi, sono state identificati 4 KPI:

- h) Valore complessivo dei DRG²⁶² (acronimo di Diagnosis related Group, in italiano Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi);
- i) Pazienti trattati;
- j) Ricoveri;
- k) Valore medio dei DRG.

Con riferimento ai Costi, sono stati identificati 2 indicatori:

- l) Incidenza dei costi sui DRG;
- m) Raccolta fondi.

Tab.13: La prospettiva Economico-finanziaria della Balanced Scorecard

Prospettiva	KPA		KPI	Fonte dati	Descrizione
ECONOMICO- FINANZIARIA	Ricavi	h.	Valore complessivo DRG	Database interno di dimissione ospedaliera	Rimborsi che il Servizio Sanitario Nazionale paga al Dipartimento per i diversi gruppi di diagnosi
		i.	Pazienti trattati	Database interno di dimissione ospedaliera	Numero di pazienti trattati in Dipartimento
		j.	Ricoveri	Database interno di dimissione ospedaliera	Numero di Ricoveri in Dipartimento
		k.	Valore medio DRG	Database interno di dimissione ospedaliera	Totale DRG/Totale Ricoveri
	Costi	l.	Incidenza dei costi sui DRG	Report interni del Dipartimento	Totale Costi operativi Dipartimento/Totale DRG
		m.	Raccolta fondi	Report interni della Onlus	Raccolta fondi/Totale risorse disponibili

Fonte: Elaborazione propria

²⁶² I DRG rappresentano i rimborsi che il Servizio Sanitario Nazionale paga al Dipartimento per i diversi gruppi di diagnosi.

Relativamente alla prospettiva dei processi di ricerca, sono state considerate due KPA. La prima riguarda i risultati della ricerca scientifica, che sono stati valutati sulla base dei seguenti indicatori:

- n) Articoli scientifici pubblicati in riviste nazionali e internazionali dai medici del Dipartimento;
- o) Progetti di ricerca finanziati;
- p) Impact factor per medico dello staff.

L'altra attività chiave racchiude invece i processi innovativi avviati dal dipartimento, misurati in termini di:

- q) Investimenti in ricerca;
- r) Brevetti.

Tab.14, La prospettiva dei Processi di Ricerca della Balanced Scorecard

Prospettiva	KPA		KPI	Fonte dati	Descrizione
PROCESSI DI RICERCA	<i>Ricerca scientifica</i>	n.	Articoli scientifici	Report interni del Dipartimento	Numero medio di articoli pubblicati in riviste scientifiche nazionali ed internazionali
		o.	Progetti di ricerca finanziati	Report interni del Dipartimento	Numero di progetti di ricerca finanziati
		p.	Impact factor per medico dello staff	Report interni del Dipartimento	Impact factor medio per staff medico
	<i>Processi innovativi</i>	q.	Investimenti in ricerca	Report interni del Dipartimento	Ammontare investimenti di ricerca/staff di ricercatori
		r.	Brevetti	Report interni del Dipartimento	Numero di brevetti per staff medico

Fonte: *Elaborazione propria*

Infine, per quanto concerne la prospettiva dei processi di cura, è stata definita una KPA che raccoglie la qualità, la produttività e l'efficienza interna

che il Dipartimento è in grado di raggiungere. Come confermato dai medici intervistati, il tasso di mortalità resta la misura di performance tradizionalmente più utilizzata. Tuttavia, si tratta di una informazione che ha un significato parziale, in quanto necessiterebbe di un maggiore approfondimento, che tenesse conto di una serie di fattori talvolta incontrollabili. Quindi, l'indicatore del tasso di mortalità è stato integrato con ulteriori KPI.

In particolare, la KPA dei processi di cura comprende i seguenti KPI:

- s) Tasso di mortalità;
- t) Investimenti nel servizio di assistenza domiciliare;
- u) Servizi di supporto (medicinali, consulenze psicologiche, attrezzature, servizi di segreteria, TV, attività ricreative);
- v) Tasso di Occupazione dei posti letto;
- w) Degenza media;
- x) Ricoveri ripetuti;
- y) Trapianti.

Tab.15: La prospettiva dei Processi di Cura della Balanced Scorecard

Prospettiva	KPA		KPI	Fonte dati	Descrizione
PROCESSI DI CURA	Qualità, produttività e efficienza interna	s.	Tasso di mortalità;	Database interno di dimissione ospedaliera	Numero di persone decedute presso il dipartimento/numero di ricoveri
		t.	Investimenti nel servizio di assistenza domiciliare;	Report interni della Onlus	Ammontare investimenti nel Servizio di Assistenza Domiciliare
		u.	Servizi di supporto	Report interni della Onlus	Ammontare investimenti nei servizi di supporto
		v.	Tasso occupazione posti letto;	Database interno di dimissione ospedaliera	(Numero di ricoveri x durata media del ricovero)/massima capacità produttiva ²⁶³
		w.	Degenza media;	Database interno di dimissione ospedaliera	Durata media dei ricoveri
		x.	Ricoveri ripetuti;	Database interno di dimissione ospedaliera	Numero dei Ricoveri ripetuti
		y.	Trapianti.	Database interno di dimissione ospedaliera	Numero dei Trapianti

Fonte: *Elaborazione propria*

2. La verifica del modello attraverso un confronto tra le performance pre e post partnership

La BSC sviluppata prende in considerazione il periodo precedente e quello successivo alla costituzione della partnership. La reale fattibilità e l'utilità dello strumento sono quindi state testate sulla base di questi periodi per la criticità degli eventi che si sono verificati. In particolare, il 2009, è l'anno di istituzione della partnership tra il Dipartimento di Ematologia e l'Avep Onlus. Lo

²⁶³ Massima capacità produttiva= numero di letti disponibili x 365 giorni.

strumento, nel valutare l'efficacia della collaborazione, mostra l'impatto sui risultati del Dipartimento in tutte le dimensioni.

Al fine di dare una evidenza sull'efficacia della partnership, di seguito sarà evidenziato il raffronto tra l'anno 2008 (che rappresenta l'ultimo anno prima dell'istituzione della partnership) e il 2016 (l'anno di osservazione più recente, con la partnership ormai a regime).

Nella figura che segue, i dati sintetizzano i cambiamenti nella performance del Dipartimento, evidenziando le relazioni reciproche tra i KPI presenti nelle diverse prospettive.

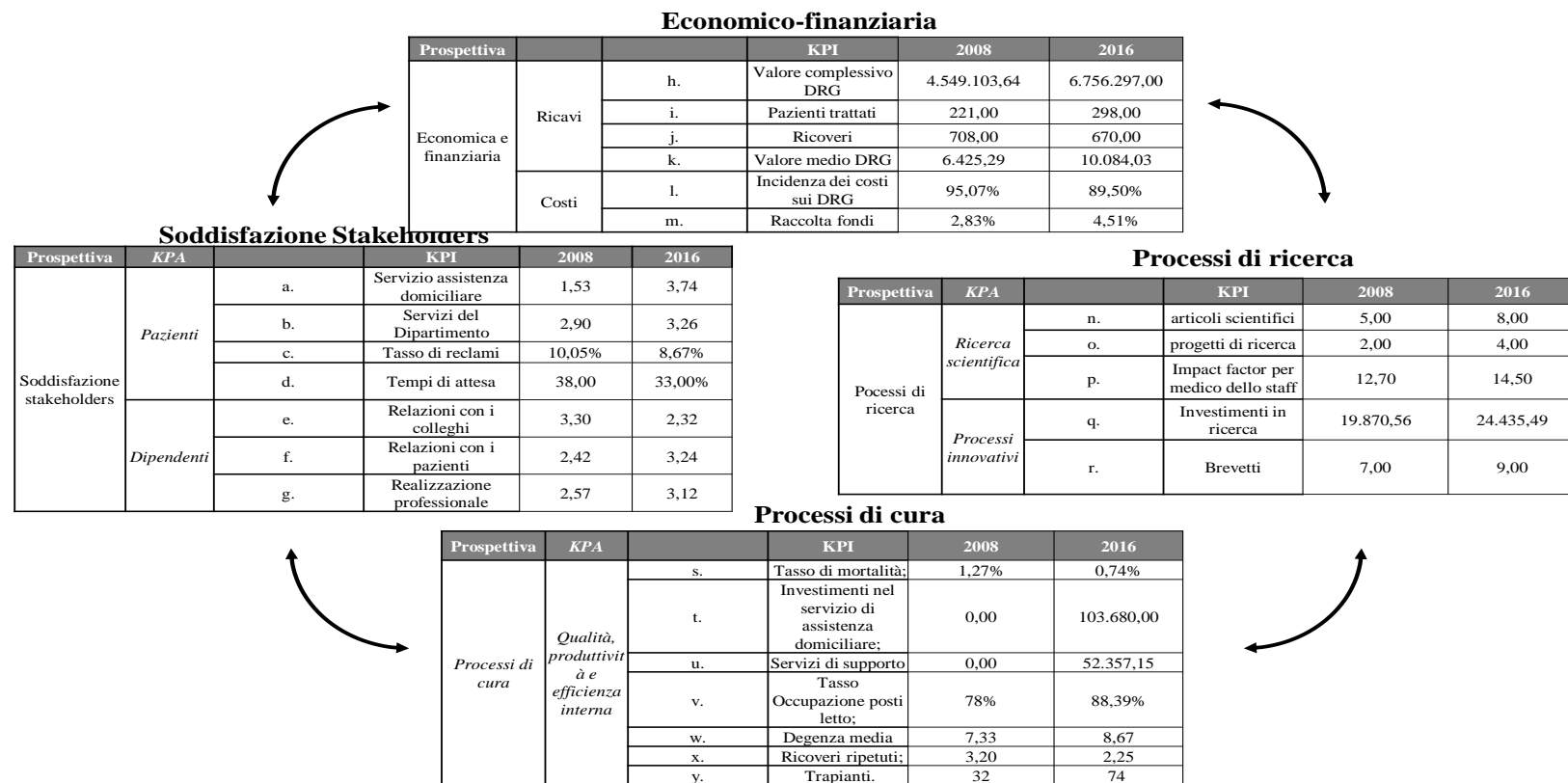


Fig.4, Il circolo delle prospettive della Balanced Scorecard (Elaborazione propria)

Le attività comprese nelle diverse prospettive si influenzano reciprocamente, mettendo in atto un circolo virtuoso che si alimenta attraverso delle relazioni causa-effetto. Come è possibile notare, sono rilevanti i cambiamenti nelle performance del Dipartimento prima e dopo l'istituzione della partnership. Prima di analizzare l'entità di tali cambiamenti, si intendono chiarire le relazioni tra le diverse prospettive sviluppate nel modello, attraverso i diversi KPI.

Al fine di enfatizzare tali relazioni è stata sviluppata una mappa che mostra come i risultati delle attività di cura e di ricerca influenzino sia la prospettiva economico-finanziaria che quella di soddisfazione degli stakeholders. È inoltre possibile osservare come i diversi indicatori della performance dello strumento sviluppato siano strettamente collegati attraverso relazioni di causa-effetto (nella figura che segue le frecce rappresentano tali relazioni). Queste relazioni, in maniera diretta o indiretta, interessano anche KPI che sono parte di prospettive diverse. Per esempio, gli investimenti nel Servizio di Assistenza Domiciliare, nati grazie alla partnership, incidono in maniera positiva direttamente sul tasso di occupazione dei letti, riducendo, al contempo, indirettamente i tempi di attesa.

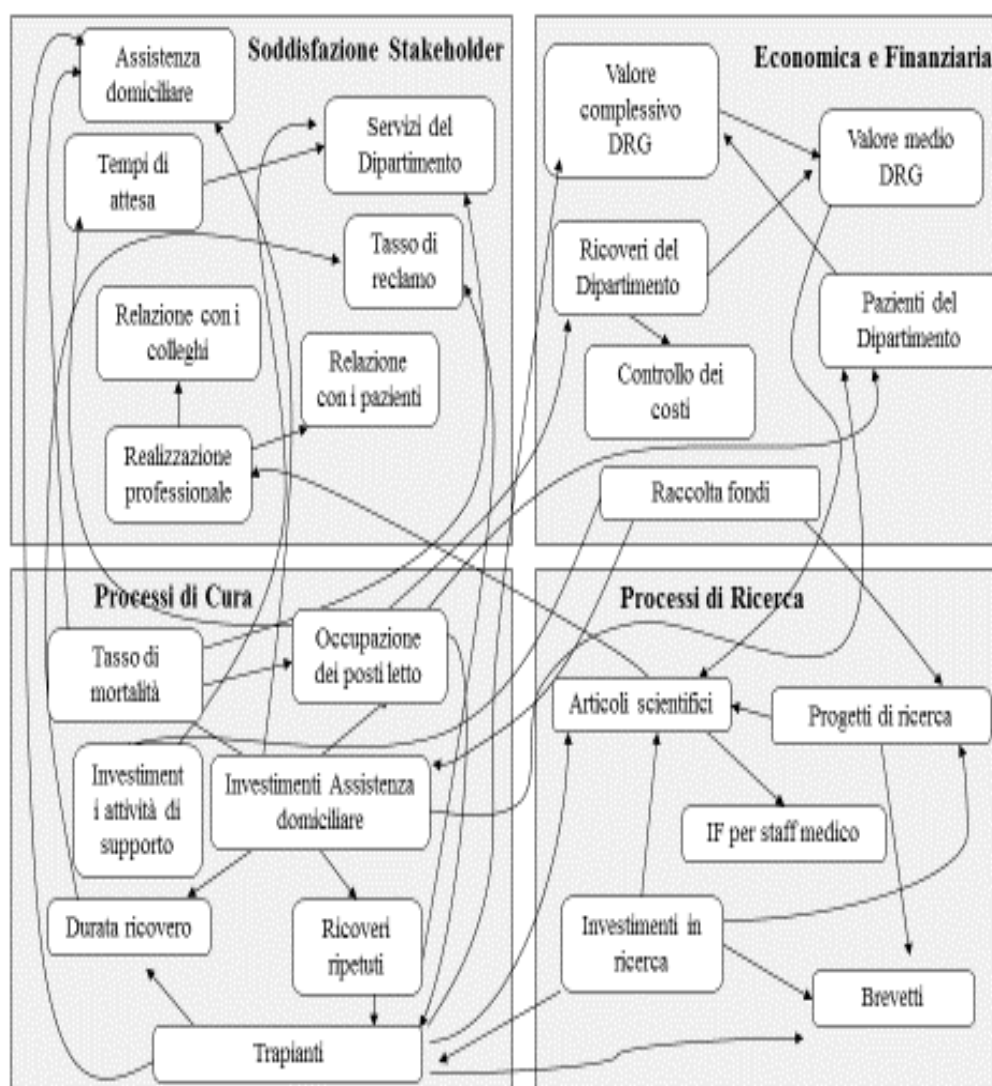


Fig.5, Mappa delle relazioni tra i KPI (Elaborazione propria)

Da questo momento, attraverso il supporto di una visione integrata dei dati compresi nella figura 4 e delle relazioni tra gli indicatori rappresentati nella figura 5, si fornirà una analisi per comprendere i principali cambiamenti intercorsi nelle performance a seguito della nascita della partnership, evidenziando i risultati delle attività di cura e di ricerca, e i risvolti sulle performance economico-finanziarie e di soddisfazione degli stakeholders. A supporto dei dati, si forniscono anche degli stralci di interviste effettuate al Direttore del Dipartimento, allo staff medico, agli infermieri e ai pazienti.

Partendo dalle relazioni che interessano il processo di cura, si noti come gli investimenti sul servizio di assistenza domiciliare finanziato dall'Avep Onlus abbiano consentito di prestare cure ad un maggior numero di pazienti, in quanto una parte di questi riceve assistenza sanitaria tramite il servizio stesso. Il dato relativo al numero di pazienti trattati è indicativo della capacità produttiva del Dipartimento, che dal 2008 al 2016 ha subito un incremento del 35% in tal senso.

L'assistenza domiciliare consente inoltre di evitare il ripetersi di ricoveri, che prima della partnership avveniva frequentemente, per motivi spesso evitabili, il che implica una maggiore efficienza nella gestione. A conferma di ciò, il numero dei ricoveri ripetuti si è fortemente ridotto rispetto al periodo precedente alla partnership (-30%).

Si noti inoltre come la degenza media dei pazienti sia più lunga (+ 18%), in quanto non si rende più necessario il ricovero di persone che hanno bisogno di cure semplici, che sono effettuate direttamente presso il loro domicilio. Tali variazioni hanno determinato quindi dei miglioramenti sostanziali sia ai risultati rinvenibili nella dimensione dei processi di cura, che negli altri.

Il Direttore del Dipartimento, tramite una intervista in cui analizzava tali dati, ha confermato che prima della nascita della partnership, si verificava di continuo il ripetersi di ricoveri, limitando la possibilità di ingresso a persone che avrebbero avuto bisogno di cure più complesse. Rispetto alla Assistenza domiciliare integrata, identificata come il fattore principale per il miglioramento dei risultati del Dipartimento, il Primario ha dichiarato: “nonostante il SSN fornisca il servizio di assistenza sanitaria domiciliare, ci sono una serie di incombenze burocratiche da espletare per avviare tale processo. Pertanto, prima passava troppo tempo prima che il paziente avesse la possibilità di ricevere le cure direttamente a casa. Quando abbiamo provato ad avviare il processo di assistenza domiciliare pubblico, spesso è capitato che il paziente sia deceduto prima che l'iter burocratico si concludesse”.

In tal senso, l'impatto della Onlus attraverso questa attività è stato notevole, e fa intendere quanto a volte una collaborazione con un privato consenta di raggiungere obiettivi che altrimenti non sarebbero nemmeno pensabili.

Riguardo alle altre relazioni, riguardanti prospettive diverse della BSC, è possibile rilevarne alcune interessanti relativamente agli effetti dei processi di cura sulle attività di ricerca.

La presenza di casi clinici più complessi, ha infatti determinato l'esigenza di alzare ulteriormente gli standard qualitativi nel livello delle cure attraverso investimenti più importanti nelle attività di ricerca (+23%). Contestualmente, si è verificato anche l'aumento considerevole del numero medio di pubblicazioni di *paper* in riviste scientifiche nazionali ed internazionali per medico del dipartimento (+ 60%). Ciò è stato favorito anche dalle maggiori disponibilità finanziarie.

A questo proposito, uno dei medici coinvolti nelle attività di ricerca ha affermato che prima dell'istituzione della partnership occupava circa il 90% del suo tempo nelle attività di cura di base, avendo di conseguenza limitate possibilità di sviluppare le proprie ambizioni in termini di attività di ricerca. La possibilità di confrontarsi con casi clinici più complessi ha favorito le sue aspirazioni e quelle dei suoi colleghi. Di importanza notevole risultano essere anche gli investimenti finanziati da Avep Onlus per le attività di supporto.

Inoltre, a tale proposito, il Primario ha precisato: “Grazie agli investimenti nelle attività di supporto finanziati da Avep Onlus è stato possibile adottare un protocollo sperimentale in grado di migliorare la qualità e il livello di sofisticazione delle cure effettuate. L'acquisto di apparecchiature all'avanguardia per la diagnostica di laboratorio ha inoltre favorito l'individuazione tempestiva e accurata di alcune malattie”.

Ulteriori significative relazioni sono rinvenibili tra gli indicatori presenti nelle prospettive relative ai processi di cura e di ricerca e i KPI presenti

all'interno delle prospettive economico-finanziarie e di soddisfazione degli stakeholders.

Riguardo alla dimensione economico-finanziaria, è possibile notare un significativo aumento del DRG, dovuto in primo luogo al trattamento di cure più complesse espletate dal Dipartimento grazie ai motivi prima spiegati, ed in secondo luogo alla possibilità di prestare assistenza ad un maggior numero di persone. Il dato espresso dalla BSC è emblematico: tra il 2008 e il 2016 c'è stato un incremento del DRG del 49%. Il primo aspetto si riflette anche sul dato del DRG medio, che ha visto una crescita sostanziale (+57%). In tal senso, l'attività cui corrisponde il differenziale più alto di DRG espletata dal Dipartimento è quella dei trapianti di midollo (+131%).

Nell'analizzare tali dati, il Direttore del Dipartimento ha confermato che il DRG medio per paziente prima dell'avvio della partnership era basso in quanto spesso si interveniva su cure di base rimborsate con DRG molto bassi, impiegando personale che poteva essere adoperato su operazioni più complesse. Pertanto, i posti letto erano spesso occupati per operazioni molto semplici, come trasfusioni di sangue o trattamenti di effetti collaterali delle chemioterapie, ovvero cure che prevedevano rimborsi bassi per il dipartimento, ma allo stesso tempo costi notevoli per l'occupazione dei posti letto e per tutto ciò che ne consegue. Non tralasciando l'impossibilità di ricoverare malati che avrebbero avuto bisogno delle cure del Dipartimento, e che magari si rivolgevano ad altri centri, talvolta meno qualificati.

Riguardo alla prospettiva di soddisfazione degli stakeholders, la possibilità di ricevere cure a casa consente una maggiore soddisfazione da parte dei pazienti (livello 3,54 della scala likert). Durante i colloqui con medici e infermieri coinvolti nei servizi di assistenza domiciliare, è emersa la conferma dei maggiori benefici che i pazienti ottengono dalle attività di cura prestate direttamente a casa, piuttosto che in reparto.

Allo stesso tempo, gli investimenti nelle attività di supporto, finanziati totalmente dalla Onlus, oltre ad avere effetti benefici sull'innovazione e sui processi di cura, migliorano il livello generale dei servizi del Dipartimento e di conseguenza della qualità del ricovero per i degenti, che hanno la possibilità di ricevere comfort che sono difficilmente rinvenibili in altre strutture ospedaliere pubbliche (in tal senso, è singolare l'offerta del pacchetto televisivo in *pay per view* attivo in ciascuna camera).

La soddisfazione dei pazienti è ravvisabile anche nel fatto che una parte delle persone che ricevono le cure presso il proprio domicilio, è in fase terminale. Ciò evita il disagio, per gli altri pazienti, di condividere ulteriori momenti di angoscia, tipici di queste strutture.

A conferma di ciò, le interviste ad alcuni pazienti sono significative. Essi hanno confermato quanto la possibilità di essere curati a casa circondati dall'affetto dei propri cari allievi il dolore della malattia. La totalità dei pazienti intervistati ha inoltre apprezzato molto che le cure siano effettuate dallo stesso personale presente in reparto, in quanto confortati dal fatto che conoscono già la loro situazione clinica. Anche i medici hanno attestato che la continuità delle cure rappresenta un elemento fondamentale per malattie così complesse.

Riguardo alla soddisfazione dei dipendenti, c'è la possibilità per loro di spendere più tempo nelle attività di ricerca, al fine di incrementare le competenze necessarie per espletare livelli di cura sempre migliori, accrescendo il proprio livello di realizzazione professionale. Come affermato in precedenza, tale discorso si collega alla prospettiva delle ricerche, che, come confermato dai diretti interessati, a seguito della partnership ha avuto un miglioramento qualitativo significativo.

Questi effetti concorrono anche a determinare un clima maggiormente collaborativo tra colleghi. Tuttavia, ci sono fattori che minano tale clima. Per esempio, l'attività di assistenza domiciliare, riconosciuta come la principale forza motrice della partnership, può rappresentare un problema in questo senso. Tale attività offre infatti una occasione per arrotondare i compensi dei medici e

degli infermieri designati a svolgerla. Tuttavia, soprattutto tra gli infermieri, è emerso un problema nelle relazioni, in quanto questo elemento è spesso fonte di competizione e di conflitto. Dall'analisi dei dati sulla relazione con i colleghi, si può infatti notare come i rapporti siano effettivamente peggiorati a seguito della partnership.

Ciò rappresenta una criticità importante emersa da un KPI relativo ad una prospettiva non finanziaria di primaria importanza qual è la soddisfazione degli stakeholders.

Pertanto, vale la pena notare che l'approccio multidimensionale della BSC evidenzia non soltanto i numerosi vantaggi della partnership, ma anche le implicazioni negative, su cui le organizzazioni pubbliche e private possono stabilire delle linee strategiche comuni.

A questo proposito, il Direttore del Dipartimento, nel confermare un clima spesso ostico, ha spiegato che oltre ad ulteriori fattori di conflitto presenti da tempo tra alcuni membri dello staff, l'elemento che effettivamente ha acuito tale situazione riguarda le modalità di selezione del personale incaricato a svolgere l'attività di assistenza domiciliare. Al fine di ovviare a tale problematica, il Primario ha confermato che è in corso un processo che formalizza la gestione delle risorse umane sulla base di criteri trasparenti e condivisi.

Dopo avere approfondito le implicazioni derivanti dai dati analizzati e le relazioni tra gli indicatori presenti all'interno delle diverse prospettive, di seguito si dà una rappresentazione completa della particolare versione della BSC sviluppata, considerando tutte le variazioni percentuali dei KPI al fine di chiarire ulteriormente la struttura e la portata informativa dello strumento nella valutazione delle performance, e quanto i risultati siano effettivamente cambiati prima e dopo l'avvio della collaborazione.

Tab.16: Rappresentazione completa della Balanced Scorecard sviluppata

Prospettive	KPA		KPI	2008	2016	Variazione
Soddisfazione stakeholders	Pazienti	a.	Servizio assistenza domiciliare	1,53	3,74	+144%
		b.	Servizi del Dipartimento	2,9	3,26	+12%
		c.	Tasso di reclami	10,05%	8,67%	-14%
		d.	Tempi di attesa	38	33	-13%
	Dipendenti	e.	Relazioni con i colleghi	3,3	2,32	-30%
		f.	Relazioni con i pazienti	2,42	3,24	+34%
		g.	Realizzazione professionale	2,57	3,12	+21%
Economico-finanziaria	Ricavi	h.	Valore complessivo DRG	4.549.103,64	6.756.297,00	+49%
		i.	Pazienti trattati	221	298	+35%
		j.	Ricoveri	708	670	-5%
		k.	Valore medio DRG	6.425,29	10.084,03	+57%
	Costi	l.	Incidenza dei costi sui DRG	95,07%	89,50%	-6%
		m.	Raccolta fondi	2,83%	4,51%	+59%
Processi di ricerca	Ricerca scientifica	n.	Articoli scientifici	5	8	+60%
		o.	Progetti di ricerca	2	4	+100%
		p.	Impact factor per medico dello staff	12,7	14,5	+14%
	Processi innovativi	q.	Investimenti in ricerca	19.870,56	24.435,49	-12%
		r.	Brevetti	7	9	+29%
		s.	Tasso di mortalità;	1,27%	0,74%	-42%
Processi di cura	Qualità, produttività e efficienza interna	t.	Investimenti nel servizio di assistenza domiciliare;	0	103.680,00	
		u.	Servizi di supporto	0	52.357,15	
		v.	Tasso Occupazione posti letto;	78,00%	88,39%	+13%
		w.	Degenza media	7,33	8,67	+18%
		x.	Ricoveri ripetuti;	3,2	2,25	-30%
		y.	Trapianti.	32	74	+131%

Fonte: Elaborazione propria

3. Considerazioni conclusive e spunti di riflessione per le ricerche future

Tra gli operatori sanitari, gli IRCCS rappresentano delle organizzazioni complesse che mirano a coniugare le attività di cura e quelle di ricerche. Come le Aziende Ospedaliere, anche questi istituti, che vista la loro natura probabilmente esigerebbero di risorse finanziarie ancora più ingenti, sono sottoposti di continuo a politiche di tagli alla spesa. La soluzione, condivisa nel presente studio, consiste in una particolare forma di cooperazione che queste organizzazioni possono istituire con imprese private. Nel caso in esame, si è presa in considerazione una partnership tra il Dipartimento di Ematologia dell'“Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione G. Pascale” e l' “Associazione Volontari Ematologia Pascale (AVEP) Onlus”.

La *review* dell'esistente letteratura sui sistemi di *performance management* e le particolari caratteristiche della partnership osservata hanno suggerito lo sviluppo di una BSC basata su un nuovo set di misure delle performance. Coerentemente alla letteratura precedente, è stata applicata la BSC proposta utilizzando dati storici al fine di testare il modello.

Il Direttore del Dipartimento, i Medici e i Managers coinvolti hanno apprezzato l'utilità della BSC in quanto ha consentito l'analisi delle prestazioni dipartimentali nei periodi osservati. In questo senso, la BSC sviluppata può essere considerata come un *framework* di riferimento per la misurazione delle performance di questa tipologia di partnership grazie a fattori di contesto specifici e generalizzabili.

In primo luogo si fa riferimento al complessivo processo di progettazione e di implementazione dello strumento, in un clima partecipativo e produttivo che ha favorito incontri periodici con i medici, i dirigenti medici, e i managers della Onlus. Ulteriore contributo riguarda lo sviluppo di un manuale completo con l'elenco degli indicatori che riflettono le aree critiche di performance. Infine, la possibilità di aggiornare continuamente le informazioni, anche con cadenza periodica breve, dà una valenza informativa importante allo strumento,

che fa sì che le informazioni siano il principale input per lo sviluppo e l'aggiornamento degli indicatori di performance. Questi ultimi, sono dislocati in diverse prospettive al fine di riflettere le peculiarità del settore sanitario e delle PPP.

In particolare, la BSC rappresentata promuove sul livello più alto della gerarchia delle prospettive la soddisfazione degli stakeholders, e introduce degli indicatori che sono stati specificamente pensati per cogliere gli impatti della partnership.

Attraverso lo sviluppo di questo strumento, si vuole fornire un apporto significativo alla letteratura sui sistemi di *performance management* per le partnership in sanità. Si è provato a colmare un gap significativo attraverso questa ricerca empirica teorizzando un particolare modello ad un *setting* sinora inesplorato, qual è appunto quello delle PPP.

Lo strumento si rivolge anche ai professionisti, fornendo una nuova soluzione per la misurazione delle performance delle aziende sanitarie che operano in partnership con organizzazioni private. In tal senso, grazie all'approccio partecipativo, sono state evidenziate e talvolta superate le difficoltà nell'implementazione degli strumenti multidimensionali di *performance management* al particolare contesto di riferimento²⁶⁴.

Inoltre, la mappa rappresentata in figura 5, mostra il circolo virtuoso tra i fattori che giocano un ruolo cruciale per i risultati della partnership, che andrebbero scrupolosamente monitorati per migliorare le performance globali. Infine, la BSC rappresentata può essere proposta alla Pubblica Amministrazione come punto di inizio per sviluppare gli esistenti strumenti di valutazione delle performance adottabili dal SSN a livello locale.²⁶⁵

In sintesi, in questo ultimo capitolo nel tentativo di ampliare lo stato della conoscenza sui sistemi di valutazione delle performance delle PPP operanti in

²⁶⁴ Si veda Zelman W.N., Pink G.H., Matthias C.B. (2003), *Op.cit.*

²⁶⁵ Si veda Nuti S, Seghieri C, Vainieri M. Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: Some novel evidence from the Tuscany region experience. *J Manag Gov.* 2013; 17(1): 59-69.

ambito sanitario, è stata offerta l'evidenza empirica di un ospedale pubblico coinvolto in una partnership con una organizzazione non-profit. Lo studio ha messo in luce in primo luogo i vantaggi di questa tipologia di collaborazione per le performance dell'operatore sanitario. Contestualmente, è stata proposta una particolare BSC che risulta essere molto utile per cogliere le diverse dimensioni delle performance delle partnership.

Lo strumento adottato potrebbe essere ampliato con ulteriori indicatori, e soprattutto potrebbe essere testato su una partnership più consolidata, almeno in riferimento al tempo della collaborazione. Infatti, la collaborazione oggetto di questo lavoro è abbastanza recente.

Lo strumento si presterebbe inoltre ad essere utilizzato, con opportune modifiche, anche ad altre tipologie di partnership, quali ad esempio le Aziende Ospedaliere Universitarie, ampliando i confini del modello stesso.

Conclusioni

In virtù delle numerose esperienze registrate nei principali Paesi europei, negli ultimi anni, l'attenzione sulle PPP da parte degli studiosi è stata oggetto di crescente interesse. Ciò ha alimentato un ricco dibattito accademico che ha visto alternare differenti approcci disciplinari. La rilevanza del tema si lega agli stringenti vincoli economici a cui sono sottoposte le organizzazioni pubbliche, e ai crescenti processi innovativi che impongono competenze sempre più specializzate. La partnership offre quindi una soluzione condivisibile per le organizzazioni pubbliche per ovviare a tale problematica. Questa soluzione sembra ancora più appropriata per le aziende sanitarie a motivo dei continui tagli alla spesa e delle forti pressioni verso l'espletamento di processi di cura e di ricerca qualitativamente apprezzabili.

Tuttavia, i diversi filoni di letteratura sul tema hanno trascurato gli aspetti inerenti la valutazione dei risultati derivanti dall'utilizzo di tali forme di governo delle relazioni. In particolare, l'analisi ha sottolineato la mancanza di un quadro teorico che consideri l'impatto in termini di efficacia delle partnership sulle performance delle aziende sanitarie che decidono di istituire tali forme di collaborazione. Inoltre, come mostrato dalla rassegna della letteratura, gli sforzi di ricerca sono stati prevalentemente rivolti alle partnership con aziende private for profit, tralasciando le ormai consolidate organizzazioni non-profit.

Il presente lavoro si è proposto di colmare tali lacune offrendo un contributo sia per il mondo accademico che per quello professionale. In riferimento al primo aspetto, la revisione della letteratura sulla valutazione della performance delle PPP in sanità ha evidenziato i punti di debolezza degli studi esistenti e ha offerto una nuova prospettiva per gli strumenti di valutazione delle performance delle partnership, adattando i principi di valutazione inerenti le aziende sanitarie alle specificità di queste ultime.

Prendendo come riferimento i principi consolidati in letteratura in tema di valutazione e adattandoli ad un contesto ancora scarsamente indagato, la presente ricerca ha integrato e completato gli studi esistenti e ha fornito

evidenza empirica sulle modalità attraverso le quali analizzare la reale efficacia delle PPP operanti in sanità. Inoltre, attraverso l'applicazione del modello al caso di una partnership contrattuale tra il Dipartimento di Ematologia dell'IRCCS Pascale e l'organizzazione non-profit Avep Onlus ha messo in luce i benefici della collaborazione rispetto alla qualità della ricerca e dei processi di cura, con l'obiettivo di comprendere come queste dimensioni impattino sulla soddisfazione degli *stakeholders* e sui risultati economico-finanziari.

Un ulteriore contributo teorico fornito dalla ricerca, si lega poi alla letteratura sulle partnership tra pubblico e imprese non-profit che hanno ricevuto una scarsa attenzione negli studi precedenti.

Con riferimento ai contributi per la pratica, lo studio propone un modello di valutazione multidimensionale utile per i professionisti che operano al servizio delle aziende sanitarie attive in sinergia con le imprese private. Infatti, l'adattamento del classico schema di BSC alle peculiarità delle partnership operanti in sanità consente di evidenziare le relazioni causa-effetto presenti tra i diversi indicatori di *performance* sia finanziaria che non finanziaria, supportando così la definizione della strategia. Inoltre, la flessibilità dello strumento sviluppato, lo rende fruibile in maniera agevole in tutti i casi di applicazione alle realtà organizzative in esame.

Infine, la ricerca condotta è di rilievo anche per il mondo della Pubblica Amministrazione, che vista l'efficacia e l'efficienza della partnership proposta, unitamente ai risultati positivi che accomunano aziende sanitarie ed enti non-profit, potrebbe incentivare l'adozione di queste tipologie di soluzioni al fine di ovviare agli stringenti vincoli economici che affliggono le aziende sanitarie. Ciò è particolarmente sentito in Italia in ragione dei limiti imposti dalla politica di *spending review* degli ultimi anni.

Nonostante i contributi di cui si dice, la ricerca condotta presenta diversi limiti. In primo luogo i questionari sottoposti potrebbero risentire del "social desirability bias". Inoltre, lo studio prende in considerazione una partnership recentemente siglata e, pertanto, si avvale di un set limitato di dati longitudinali.

Sulla base di queste premesse, i futuri studi sono chiamati a concentrarsi su partnership maggiormente consolidate nel tempo. Inoltre, sarebbe interessante adottare un *case study* di tipo comparativo per apprezzare le differenze tra diversi tipi di PPP. Infine, la ricerca potrebbe essere estesa ad altre tipologie di aziende sanitarie, come le Aziende Ospedaliere Universitarie, allo scopo di analizzare l'impatto della partnership su ulteriori prospettive di analisi.

Bibliografia

- Abernethy M. A. e Stoelwinder J.U. (1991), "Budget Use, Task Uncertainty, System Goal Orientation and Subunit Performance: A Test of the 'Fit' Hypothesis in Non-For-Profit Hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, (16)(2), pp. 105-120.
- Abernethy M.A e Brownell P. (1999), "The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study", *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), pp. 189-204.
- Ahrens T, Chapman C. S. (2004), *Accounting for flexibility and efficiency: a field study of management control systems in a restaurant chain. Contemporary Accounting Research.*; (21) pp. 271-301.
- Aidemark LG. (2001), The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization. *Financial Accountability & Management*, 17(1), pp. 23-40.
- Alexander J. A., Comfort M.E., Weiner B.J., (1998), *Governance in Public-Private Community Health Partnerships: A Survey of the Community Care Network Demonstration Sites. Non profit Management & Leadership*, 8(4): pp. 311- 332.
- Amatucci F. e Lecci F. (2006), «Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- Amatucci F., Germani A., Vecchi V. (2007), «Il project finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economico e finanziarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- Amatucci, F. e Vecchi V. (2009), *Le operazioni di project finance: stato dell'arte e indicazioni per il futuro*, OCAP, Milano.
- Amatucci, F. e Vecchi V. (2010), *Manuale di finanza per le aziende e le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- Anderson K. e McAdam R. (2004), "A critique of benchmarking and performance Lead or Lag. *Benchmarking: An International Journal*, 11(5), pp. 465-483.
- Anderson S. (2012), Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organisations. *Social Science & Medicine*, 74(3), pp. 313-322.

Anessi Pessina E. (2000), Principles of Public Management, Milano, Egea, Milano.

Anselmi L., Saita M. (2002) La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie, Il sole 24 Ore, Milano, pp. 171- 282.

Anthony. S. e Jack, S. (2009), Qualitative case-study methodology in nursing research: An integrative review. Journal of Advanced Nursing, 65(6), pp. 1171-1181.

Arah O.A., Westert G.P., Hurst J., Klazinga N.S.(2006) A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, September, pp. 5-13

Atagni M. (2001), La definizione del Sistema Sanitario Nazionale dalla legge di riforma n° 833 del 1978 al decreto legislativo n° 229 del 1999, A. Lippolis, Messina.

Baker G. e Pink G. (1995), A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals. Healthcare Management Forum. 8(4), pp. 7–21.

Balduzzi, P. (2006), Models of Partnerships, Working Paper N. 96, Economics Department, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Balduzzi R, Carpani G., (2013), Manuale di diritto sanitario, Il Mulino, Bologna.

Ballantine J, Brignall S, Modell S (1998), Performance measurement and management in public health services: a comparison of U.K. and Swedish practice, Management Accounting Research, 9(1), pp. 71-94.

Balloch, S., Taylor M. (2001) Partnership Working: Policy and Practice, Bristol: The Policy Press

Baraldi S. (2005). Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie, Mc Graw hill Education, Milano.

Barlow J. e Köberle-Gaiser M. (2009), Delivering Innovation in Hospital Construction: Contracts and Collaboration in the UK's Private Finance Initiative Hospitals Program. California Management Review, 51(2) pp. 126–143.

Barney, J. B. (2005), Should strategic management research engage public policy issues? Academy of Management Journal, 48(6), pp. 945–948.

Barr, D. A. (2007) A Research Protocol to Evaluate the Effectiveness of Public-Private Partnerships as a Means to Improve Health and Welfare systems Worldwide. *American Journal of Public Health*, 97:1 pp. 19–25.

Barretta A. e Ruggiero P. (2008). Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: what is the basis for this PPP? *Health Policy*; 88(1), pp. 15–24.

Baru R.V. e Nundy M. (2008), Blurring of Boundaries: Public–Private Partnerships in Health Services in India. *Economic and Political Weekly*, 26(1), pp. 62–71.

Baskerville R.(1997) Distinguishing action research from participative case studies. *Journal of Systems and Information Technology*; 1(1), pp. 25-45.

Bassey M. (1999), Case study research in Educational Settings, Open University Press, Philadelphia, pp.22-27.

Baum F, MacDougall C, Smith D. (2006), Participatory action research, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10), pp. 854–857.

Becker F. e Patterson V. (2005), Public private partnerships: balancing financial returns, risks and roles of the partners. *Public Performance & Management Review*, 29(2), pp. 125–144.

Behn R. (2003), Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review* 63(5), pp. 586 – 604.

Birla B. e Taneja U. (2010), Public Private Partnerships for Healthcare Delivery in India: Assessing Efficiency for Appropriate Health Policies, *The international Journal of World Health and Societal Politics*, 7(1).

Bisbe J.; Barrube´s J. (2012), The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations. *Revista Española de Cardiología*, 65(10), pp. 919-927.

Blanken A., Dewulf G. P. M. R. (2010), PPPs in Health: Static or Dynamic? *Australian Journal of Public Administration*, 69(1), pp. 35–47.

Bloomfield P. (2006), «The Challenging Business of Long-Term Public-Private Partnerships: Reflection on Local Experience», *Public Administration Review*, 66(3), pp. 400-411.

Bond, T.C. (1999), "The role of performance measurement in continuous improvement", *International Journal of Productions and Operations*, 19(12), pp. 1318-34.

Börzel, T. (1998). *Organizing Babylon: On the Different Conceptions of Policy Networks*. *Public Administration* 76(2), pp. 253–273.

Bourne, M., Mills J., Wilcox M., Neely A., Platts K. (2000), "Designing, implementing and updating performance measurement systems", *International Journal of Operations & Production Management*, 20(7), pp. 754–771.

Bovaird, T. (2004), *Public–Private Partnerships: from Contested Concepts to Prevalent Practice*, *International Review of Administrative Sciences*, 70(2), pp. 199-215.

Brinton Milward H., Provan K.G. (2000). *Governing the Hollow State*. *Journal of Public Administration Research and Theory* 10 (2), pp. 359-380.

Brinton Milward H., Kenis P., Raab J. (2006), «Introduction: towards the study of network control», *International Public Management Journal*, 9(3), pp. 203-208.

Broadbent J. (1992), *Change in organizations: a case study of the use of accounting information in the NHS*. *The British Accounting Review*, 24(4), pp. 343–367.

Broadbent J., Laughlin R. (2008), «Identifying and controlling risk: the problems of uncertainty in the Private Finance Initiative in the UK's National Health Service», *Critical Perspectives on Accounting*, 19(1), pp. 40-78.

Brookfield D.(1992), *Performance Measurement: Focusing on the Key Issue*. *Journal of Management in Medicine*, 6(2), pp. 39–45.

Bruno P. (2009), *Guida pratica alla direzione di struttura complessa in sanità: gli strumenti del management sanitario, come motore per il cambiamento organizzativo*, Il Sole 24 Ore, Milano.

Brusa L. (2000), *sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè editore, Milano.

Buse K. e Waxman A. (2001), *Public-private health partnerships: a strategy for WHO*. *Bull World Health Organization*, 79(8), pp. 748–754.

Campanale C. e Cinquini L. (2015), *Emerging pathways of colonization in healthcare from participative approaches to management accounting*. Canadian Institute of Health Information.

Capasso A. (2002), *Finanza di Progetto. Risorse pubbliche e private per il finanziamento delle opere di pubblica utilità*, Franco Angeli, Milano.

Capecchi V. (2006), *Per una storia della ricerca azione in Italia*, *Inchiesta*, 36(151), pp. 1-25.

Cappellaro G. e Marsillo M., (2007), *Le collaborazioni pubblico- privato per la gestione dei servizi sanitari: riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze internazionali e nazionali*. *Mecosan* 63, pp.9-36.

Carbone C., Lega F., Salvatore D., Tozzi V. (2007), *Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. *L'azionalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2007. Egea, Milano.

Carbone C., Lecci F., Prenestini A., Rotolo A. (2013), *Il cruscotto direzionale multidimensionale di valutazione delle performance: aree, dimensioni e indicatori. Valutazione delle performance per il governo strategico delle aziende sanitarie pubbliche*. pp. 59-98, Egea, Milano.

Caroppo M.S., Turati G. (2007), *I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Vita e Pensiero, Milano.

Cascioli S. (2000), *La gestione manageriale della sanità: gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, FrancoAngeli, Milano.

Castells M. (1998), *The Rise of the Network Society*, Malden-Oxford, Blackwell Publishers.Cambridge.

Catuogno S., Arena C., Saggese S., Sarto F. (2016), *Performance implications of public-private partnerships in research hospitals: Lessons from the involvement of a charity*. *Health Services Management Research*, 29(4), pp. 91-98.

Cepiku D. (2005), *Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della p.a.?*, in *“Azienda Pubblica”*, n° 1, pp. 105-131.

Chang L., Lin S., Nothcott D.N. (2002), The NHS performance assessment framework as a "balanced scorecard" approach? *International Journal of Public Sector Management*, Vol.16, pp. 345-358.

Chavan, M. (2009), "The balanced scorecard: a new challenge", *Journal of Management Development*, 28(5), pp.393–406.

Chenhall, R. H., (2003): "Management Control Systems Design within its Organizational Context: Finding from Contingency Based Research and Directions for the Future", *Accounting, Organization and Society*, 28(2-3), pp. 127-168.

Coelho M., Burger P., Tyson J. Karpowicz I. (2009). The effects of the financial crisis on public-private partnerships. Washington (DC): International Monetary Fund, Working paper 9/144.

Coleman S., Sowa J.E., Sandfort J. (2006), The Impact of Nonprofit Collaboration in Early Child Care and Education on Management and Program Outcomes, *Public Administration Review*, 66(3), pp. 412 – 425.

Commissione Europea, (2005). Comunicazione sui Partenariati Pubblico-Privati, COM, 569.

Compagni A, Tediosi F. (2012), Implementing performance-based funding for health research: when governance and procedural fairness matter. *Public Administration*, 90(2), pp. 313–34.

Costabile M. e Cariola A. (2004), La misurazione delle performance dell'impresa che innova: aspetti definitori e verifiche empiriche, *Sinergie*, n.65.

Crabtree, B.F. e Miller W.L. (1999), *Doing Qualitative Research in Primary Care: Multiple Strategies* (seconda edizione), Sage Publications, Newbury Park.

Cuccurullo C. (2005), *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità. Meccanismi di governance*, Cedam, Padova.

Cuccurullo C. (2006). Gli approcci strategici nelle aziende sanitarie pubbliche: un'analisi preliminare, in Anessi Pessina E. e Cantù E., "L'aziendalizzazione della sanità in Italia", Cergas, Rapporto Oasi 2006.

Cuccurullo C., Cepiku D., Murdock A. (2009), Dalle infrastrutture economiche alle infrastrutture sociali. Il punto sulle partnership pubblico privato nel settore sanitario. *Mecosan*. 18(71), pp. 9-13.

Curtwright, J.W., Stolp-Smith, S.C., Edell, E.S. (2000), "Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic", *Journal of Healthcare Management*, 45(1), pp.58-68.

Custers T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), pp. 377-398.

De Sury P. e Miscali M.(1995), *Il Project Finance*, Egea, Milano.

De Vos, M. Graafmans, W. Kooistra, M. Meijboom, B. Van Der Voort, P., Westert, G. (2009), "Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature", *International Journal for Quality in Health Care*, 21(2), pp. 119–129.

Dean, A. e Kiu C. (2002), 'Performance monitoring and quality outcomes in contracted services', *International Journal of Quality & Reliability Management*, 19 (4), pp. 396-413.

Del vecchio M. (2003), Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica, in "Mecosan", n°46.

Di Matteo L. (2000), The determinants of the public-private mix in Canadian health care expenditures: 1975–1996. *Health Policy* 2000, 52(2), pp. 87–112.

Draetta U. e Vaccà C. (1997.), *Il project financing: caratteristiche e modelli contrattuali*, Egea, Milano.

Dudkin G., Vålilä T. (2005), «Transaction costs in public- private partnerships: a first look at the evidence», *EIB Economic and Financial Report* 2005/03, European Investment Bank, Luxemburg.

Eisenhardt K. M. (1989), Building theories from case study research. *Academy of Management Review*., 14(4), pp. 532-550.

Elg M. (2001), "Performance measures and managerial work: A modified behavior setting approach to the study of usage of performance measures in managerial meetings", doctoral dissertation, Linköping: Linköping University.

Epstein, R.M. e Gramling, R.E. (2012). What is shared in shared decision-making? complex decisions when the evidence is Unclear. *Medical Care Research and Review*, 70(1), pp. 94-112.

Evans D., Edejer T., Lauer J., Frenk J., Murray C. (2001), *Measuring Quality: From the System to the Provider*. International Society for Quality in Health Care. 13(6), pp. 439–46.

Fitzgerald L., Johnston R., Brignall T. J., Silvestro R., Voss C. (1991), *Performance Measurement in Service Businesses*, The Chartered Institute of Management Accountants, Londra.

Forrer, J., Kee, J.E., Newcomer, K.E., and Boyer, E. (2010). Public–private partnerships and the public accountability question. *Public Administration Review*, 70 (3), pp. 475-84

France G, Taroni F, Donatini A. (2005), The Italian health-care system. *Health Economics*, 14(1), pp. 187–202.

Frank R.G. e Salkever D. S.(1994), *Nonprofit Organizations in the Health Sector*. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 8(4), pp. 129-144.

Frank R.H., (1998), *Microeconomics and behavior*, McGraw-Hill, New York.

Friend J. (2006), Partnership meets politics: managing within the Maze. *International Journal of Public Sector Management*, 19(3), pp.261-277.

Froadbent J. e Laughlin R. (1999), «The Private Finance Initiative: Clarification of A Future Research Agenda», *Financial Accountability and Management*, 15(2), pp. 95-114.

Froud J., Shaoul J. (2001), «Appraising and evaluating PFI for NHS hospitals», *Financial Accountability and Management*, 17(3), pp. 247-70.

Gaffney D.A., Dunnigan M., Price D., Shaoul J. (1999), «PFI in the NHS: is there an economic case», *British Medical Journal*, 319(7202), pp. 116-119.

Gerring J. (2004), What is a case study and what is it good for? *American Political Science Review* 98(2), pp. 341-54.

Giorgetti R. (1992), *Il servizio sanitario*, Maggioli editore, Rimini.

Greaney T. L., Boozang K. M.(2005), Mission, Margin, and Trust in the Nonprofit Health Care Enterprise. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*: 5(1), pp. 1-89.

Grimsey, D. e Lewis, M. K. (2004), The Governance of Contractual Relationships in Public Private Partnerships. *Journal of Corporate Citizenship*, 15(1), pp. 91–109.

- Grossman S. e Hart O. (1986), The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration, *Journal of Political Economy*, 94(4), pp. 691-719.
- Gulati-R., Singh H. (1998), The architecture of cooperation: managing coordination costs and appropriation concerns in strategic alliances. *Administrative Science Quarterly*, 43 (4), pp. 781-814.
- Gumbus, A., Lyons, B., & Bellhouse, D. (2002), Journey to destination 2005: How Bridgeport Hospital uses a balanced scorecard to map its course. *Strategic Finance*, 84(2), pp.46-50.
- Hansmann H. B., (1980). The Role of Nonprofit Enterprise. *The Yale Law Journal*, Vol. 89 (5), pp. 835-901.
- Hart O., (1990), *Firms, Contracts and Financial Structure*, Oxford University Press.
- Hart O., Shleifer A., Vishny R. (1997), The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons, *Quarterly Journal of Economics*, 112(4) pp. 1127-1161.
- Hart O. (2002), *Incomplete contracts and Public Ownership: Remarks and an Application to Public-Private Partnerships*, mimeo, Harvard.
- Hellowell M. e Pollock A. (2009), The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Journal of the Institute of Economic Affairs*; 29(1), pp. 13-19.
- Hellowell M. (2016), The price of certainty: benefits and costs of public–private partnerships for healthcare infrastructure and related services. *Health Services Management Research*; 29(1-2), pp. 35–39.
- Hewison A.(2003), Qualitative management research in the NHS: A classic case of counting to one?. *Journal of Health Organization and Management*, 17(2), pp. 122-137.
- Hitt M. A. (2005), Management theory and research potential contribution to public policy and public organizations. *Academy of Management Journal*, 48(6), pp. 963-966.
- HM Treasury (2008). *Infrastructure procurement: delivering long-term value*.
- Hodge, G. A., Greve C. (2007), Public-Private Partnerships: An International Review, *Public Administration Review*, US, May / June, 67 (3), pp.545-558.

Hood C. (1991), A Public Management for all Seasons?, "Public Administration", 69(1), pp. 3-19.

Hoque, Z. (2014), 20 years of studies on the Balanced Scorecard: Trends, accomplishments, gaps and opportunities for future research, *The British Accounting Review*, 46(1), pp. 33-59.

Imperatori G. (1995), *Il project financing - Una tecnica, una cultura, una politica*, Il sole 24 ore, Milano.

Jacobides, M. G. (2008). Financial meltdown, global recession, and academic failings: Why we should have known better and why we need to understand industry architectures. Working paper, London Business School, London.

Jamali D. (2004). Success and failure mechanisms in public private partnerships (PPPs) in developing countries. Insights from the Lebanese context. *The International Journal of Public Sector Management*; 17(5), pp. 414–430.

Jennings B.M. (1999), Staggers N, Brosch L. A classification scheme for outcome indicators. *Journal of Nursing Scholarship*; 31(4), pp. 381-388.

Josey C., Kim I. (2008), Implementation of the balanced scorecard at Barberton citizens hospital, *Journal of Corporate Accounting & Finance*, 19(3), pp. 57-63.

Kaplan, R.S. e Norton, D.P. (1992), "The Balanced Scorecard – Measures that drive performance", *Harvard Business Review*, 70(1), 71–79;

Kaplan R.S. e Norton D.P. (2000), *The Strategy-Focused Organization*. Harvard Business Review Press (prima edizione).

Kaplan, R.S. e D.P. Norton. (2001), *The strategy-focused organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, (2010), 'Conceptual foundations of the Balanced Scorecard', Harvard Business School Press. Working Paper n. 10–074.

Keegan, D.P., Eiler, R.G., Jones, C.P. (1989), "Are your performance measures obsolete?", *Management Accounting*, 70(12), pp. 45-50.

Kennerley M., Neely A. (2003), Measuring performance in a changing business environment. *The International Journal of Operations & Production Management*, 23(2), pp. 213-229.

Kickert W., Klijn E.H., Koppenjan J. (1997), *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*. Sage publication, London.

Kivleniece I., Quelin B. (2012), Creating and capturing value in public-private ties: a private actor's perspective. *Academy of Management Review* 37(2), pp. 272-299.

Klazinga N, Stronks K, Delnoij D, Verhoeff A. (2001), Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *International Journal for Quality in Health Care*; 13(6), pp. 433-438.

Klijn , E.H., Koppenjan J. (2000), Public Management and Policy Networks. Foundations of a Network Approach to Governance . *Public Management Review* 2(1), pp. 35-58.

Klijn E.H. e Koppenjan J. (2008), «Progettazione istituzionale: il cambiamento degli assetti istituzionali dei network». A cura di Meneguzzo M. e Cepiku D., *network pubblici*, McGraw-hill, Milano.

Kouzes J.M. e Mico P.R. (1979), Domain theory: an introduction to organizational behavior in human service organizations. *Journal of Applied Behavioral Science*. 15(4), pp. 449-469.

Kouzman, A., Loffler, E., Klages, H. and Kadabadse, N, K. (1999), Benchmarking and Performance Measurement in Public Sectors, *The International Journal of Public Sector Management*, 12(2), pp.121-144.

Kueng P. (2000), Process Performance Measurement System: A Tool to Support Process-Based Organizations. *Total Quality Management*, 11(1), pp. 67-85.

Lather, P. (1992), Critical frames in educational research: Feminist and post-structural. *Theory into Practice*, 31(2), pp. 87-99.

Lawrence L.J. Thompson F. (1997), L'implementazione strategica del New Public Management, in "Azienda Pubblica", n. 6.

Le Grande J. (1992), La teoria del fallimento del settore pubblico, in "Problemi di Amministrazione Pubblica", n° 3.

Lincoln, Y.S. e Guba, E.G. (1986), But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. In D.D. Williams (Ed). *Naturalistic Evaluation*. San Francisco: Josey-Bass. pp. 73-84.

Linder S.H. (1999), Coming to Terms with the Public – Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings. *American Behavioral Scientist* 43(1), pp. 35-51.

Linder S. H., Vaillancourt Rosenau P. (2000), Mapping the Terrain of the Public-Private Policy Partner-ship, *Public-Private Policy Partnerships*, a cura di Pauline Vaillancourt Rosenau. Cambridge MA: MIT Press, pp. 1-18.

Lohman C, Fortuin L, Wouters M. (2009), Designing a performance measurement system: A case study. *Eur J Oper Res.*; 156(2), pp. 267–286.

Lonsdale C., Watson G. (2007), «Managing Contracts under the Private Finance Initiative», *Policy and Politics*, n. 4, pp. 683-700.

Luck, L., Jackson, D. and Usher, K. (2006), Case-study: a bridge across paradigms. *Nursing Inquiry*. 13(2), pp. 103-109.

Lynch, R. L. e Cross, K. F. (1991), *Measure Up! Yardsticks for Continuous Improvement*, Basilblackwell, Oxford.

Macinati M.S.(2004), *Le relazioni interaziendali di collaborazione in sanità*. Franco Angeli, Milano.

Mahoney J.T., Mc Gahan A.M., Pitelis,C.N. (2009), The interdependence of private public and public interests. *Organization science*, 20(6), pp. 1034-1052.

Mannion R., Davies H. (2002), Reporting Health Care Performance: Learning from the Past, Prospects for the Future. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 8(2), pp. 215–28.

Mark B., Salyer J., Geddes N. (1997), Outcomes Research. Clues to Quality and Organizational Effectiveness? *Nursing Clinics of North America*, 32(3), pp. 589–601.

Marsilio M. (2009), «Public private partnership: un’analisi bibliometrica», *Azienda Pubblica*, n. 2, pp.357-382.

Maynard, A. (1986), Public and private sector interactions: an economic perspective. *Social Science & Medicine*, 22(11), pp. 1161-1166.

McAdam R., Hazlett S.A., Casey C. (2005), “Performance management in the UK Public Sector: addressing multiple stakeholder complexity”, *International Journal of Public Sector Management*, 18(3), pp. 256–273.

McKee M., Edwards N., Atun R. (2006), Public Private–Partnerships for Hospitals. *Bulletin of the World*, 84(11), pp. 890-896.

McLoughlin V., Leatherman S., Fletcher M., Owen J.W. (2001), Improving Performance Using Indicators. Recent Experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), pp. 455-462.

Meliones J. N., Ballard R., Liekweg R., Burton W. (2001), No Mission...NoMargin: It's That Simple. *Journal of Health Care Finance*, 27 (3), pp. 21-29.

Meneguzzo M. (1997), Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica, in “Azienda Pubblica”, 8(3), pp. 491-510.

Messina A., Carrera D (2008). *Economia e gestione delle aziende nonprofit*. Aracne, Roma.

Modell, S. (2012), The Politics of the Balanced Scorecard, *Journal of Accounting & Organizational Change*, 8 (4), pp. 475-489.

Mohr J., Spekman R. (2006), Characteristics of partnership success: Partnership attributes, communication behavior, and conflict resolution techniques. *Strategic Management Journal*, 15(2), pp. 135-152.

Morgan D. e Morgan R. (2009), *Single-case research methods for the behavioral and health sciences*, (prima edizione). Thousand Oaks.

Mullin, S.P. (2002), *Public-Private Partnerships and State and Local Economic Development: Leveraging Private Investment*, U.S. Economic Development Administration.

Needleman J.(2001), The Role of Nonprofits in Health Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (5), pp. 1113-1130.

Neely A. D., Mills J. F., Gregory M. J. Platts K. W. (1995), "Performance measurement system design - a literature review and research agenda", *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4), pp. 80-116.

Neely A., Adams C., Kennerley M. (2002). *The Performance Prism: The Scorecard for Measuring and Managing Business Success*, London: Prentice.

Neely, A. e Al Najjar, M. (2006), "Management Learning Not Management Control: The true role of performance management?", *California Management Review*, 48(3), pp. 101–114.

Nevitt K.P., (1987), *Project Financing*, trad. it. della 4 ed. a cura di P. De Sury, Roma, 13.

Newhouse J.P. (2005), Why is there a quality chasm? *Health Affairs*, 21(4), pp. 13-25.

Nikolic, I. A. e Maikisch, H. (2006) *Public–Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience*, Washington, DC: The World Bank.

Niven P.R. (2005), *Balanced scorecard diagnostics: Maintaining maximum performance*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Nutley S.e Smith P. (1998), League Tables for Performance Improvement in Health Care. *Journal of Health Services and Research Policy*. 3(1), pp. 50–57.

O’looney, J. (1992), Public-private partnerships in economic development: negotiating the trade-off between flexibility and accountability. *Economic Development Review*, 10(4), pp. 14-22.

Olla G. (2000), *Il management nell’azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano;

Olsson B., Karlsson M., Sharma E. (2000), "Towards a theory of implementing the balanced scorecard: A study in accociation with the Swedish telecommunication firm Ericsson", *Journal of Human Resource Costing and Accounting*, 5(1), pp.9-84.

Osborne D. e Gaebler T. (1992), *Reinventing Government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Don Mills, Addison Wesley Publishing, 21(1), pp. 154-157.

Osborne S. (2000), *Public-Private Partnerships. Theory and practice in international perspective*, Routledge, London.

Osservatorio Finlombarda sul Project Finance in sanità (2013), XI Report.

Passerino C, e Zotta G. (2008), L’evoluzione storico-normativa degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nel panorama della sanità italiana. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro Ergon*, 30(2), pp. 192-208;

Pettigrew A.M. (1990), «Longitudinal field research on change: theory and practice», *Organization Science*, 1(3), pp. 267-292.

Pierce W.S. (1981), *Bureaucratic failure and public expenditure*, Academic Press, New York;

Hood C. (1974). *Administrative diseases: some types of disfunctionality in administration*, in “*Public Administration*”, vol. 52.

Pollock A., Price D., Player S. (2007), «An Examination of the UK Treasury’s Evidence Base for Cost and Time Overrun Data in UK Value-for-Money Policy and Appraisal», *Public Money & Management*, CIPFA, London.

Potthoff S.O., Ison D. (1999), Thompson N., and Kissner M., “Long term Care Management: A Balanced Performance Measurement System”, *Journal of Strategic Performance Measurement*, 31(1), pp.16-22.

Preker A.S., Harding A., Traving P. (2000), “‘Make or buy’ decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), pp. 777-790.

Radnor, Z. e Lovell, B. (2003), “Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(2), pp. 99– 108.

Rapporto OCSE, (2004).

Reich, M. R. (2002), *Public–Private Partnerships for Public Health*, Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies.

Reilly, Rosemary C. (2010), *Participatory case study*. *Encyclopedia of case study research*. Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 658-660.

Rimar S. e Garstka S.J. (1999), *The BSC: development and implementation in an academic clinical department*. *Academic Medicine*, 1999; 74(2), pp. 114-122.

Rimar S., (2000), *Strategic Planning and the Balanced Scorecard for Faculty Practice Plans*”, *Academic Medicine*, 75(12), pp. 1186-1188.

Robottom I. e Hart P. (1993), *Research in environmental education: Engaging the debate*. Geelong, Victoria: Deakin University Press.

Ross J.A. (2001), 'Fiscal health and quality care: Montefiore Medical Center scores with the BSC', *Balanced Scorecard Report*, November: 1–3.

Rossi M. e Civitillo, R., (2014). 'Public private partnerships: a general overview in Italy', *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 109, pp. 140-149.

Rubin H., Pronovost P., Diette G. (2001), *The Advantages and Disadvantages of Process-Based Measures of Health Care Quality*. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), pp. 469–474.

Saltman, R.B., Busse, R. (2002), *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice*. In: Saltman, RB, Busse, R and Mossialos, E. (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, Mc Graw Hill Open University Press, Buckingham, UK and Philadelphia.

Santiago J.M. (1999), *Use of the Balanced Scorecard to improve the quality of behavioral health care*, *Psychiatric Services*, 50(12), pp. 1571–1576.

Sarto F., Veronesi G., Kirkpatrick I., Cuccurullo C. (2015), *Exploring regionalism of public management reform: the case of the Italian hospital sector*. *Policy Press*, 44(4), pp. 525-545.

Savas E.S. (2000), *Privatization and Public–Private Partnerships*, Seven Bridges Press: New York.

Schmidberger S, Balsb L, Hartmanna E, Jahns C. (2009), *Ground handling services at European hub airports: development of a performance measurement system for benchmarking*. *International Journal of Production Economics*, 117(1), pp. 104-116.

Schneider, E.C. e Epstein, A.M. (1998), "Use of Public Performance Reports. A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery", *The Journal of the American Medical Association*, 279(20), pp. 1638–1642.

Schwartz, J. (2005). "The Balanced Scorecard Versus Total Quality Management: Which is Better for Your Organization?," *Military Medicine*, Vol. 170(10), pp. 855-858.

Sforza V., (2005) *L'Economia delle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Cedam, Padova.

Shaoul J., Stafford A., Stapleton P. (2008), «The Cost of using Private Finance to Build, Finance and Operate Hospitals», *Public Money and Management*, 28(2), pp. 101-108.

Sharma, V. and Seth, P. (2011) Effective Public Private Partnership through E-Governance Facilitation. *Journal of E-Governance*, 34(1) pp. 15-25.

Shleifer A., (1998), State versus Private Ownership, *Journal of Economic Perspectives*, 12(4), pp. 133-50;

Siggelkow N. (2007), Persuasion with case studies. *Academy of Management Journal*; 50(1), pp. 20-24.

Simons, H. (2009), *Case-study Research in Practice*. Thousand Oaks: Sage.

Skelcher, C. (2005). Public-private partnerships and hybridity, in Ferlie E., Lynn L. J. junior, e Pollitt C., *The Oxford Handbook Of Public Management*, Oxford: Oxford University Press.

Smith, R. C. e Walter I., (1990) Global Financial Services: Strategies for Building Competitive Strengths, in *International Commercial and Investment Banking*, New York: Harper Business, capitolo 9, pp. 214-219.

Spanò, R. (2016), L'evoluzione dei sistemi di Management Accounting nelle aziende sanitarie Accountability e fattori di complessità, *Economia Aziendale*, Giappichelli, Torino.

Stake, R. (1995), *The art of case research*. Newbury Park: SAGE Publications.

Stake, R. E. (2005), Qualitative case studies. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (Eds). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. (terza edizione), Thousand Oaks, Sage, pp. 443- 466.

Striteska M. e Spickova M. (2012), "Review and Comparison of Performance Measurement Systems", *Journal of Organizational Management Studies* 2012(2012), pp.1-12.

Susman, G. (1983), "Action Research: A Sociotechnical Perspective," in *Beyond Method: Strategies for Social Research*, G. Morgan (Ed.), Sage Publications, Newbury Park, CA, pp. 95-113.

Teisman, G e Klijn E.H., (2001) . Public – Private Partnerships in the European Union: Official Suspect, Embraced in Daily Practice . In *Public – Private Partnerships: Theory and Practice in International Perspective* , a cura di Stephen Osborne, pp.165-186, New York.

- Ten Asbroek A.H., Arah O.A., Geelhoed J., Custers T., Delnoij D.M., Klazinga N.S. (2004). Developing a National Performance Indicator Framework for the Dutch Health System. *International Journal of Quality in Health Care*, 16(1), pp. 65–71.
- Torchia M. e Calabro` A. (2013), Morner M. Public–private partnerships in the health care sector: a systematic review of the literature. *Public Management Review*; 17(2), pp. 236–261.
- Trotta A, Cardamone E, Cavallaro G, Mauro M. (2013), Applying the balanced scorecard approach in teaching hospitals: a literature review and conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(2), pp.181–201.
- Van Ham H.e Koppenjam J. (2003), Building public-private partnerships: Assessing and managing risks in port development, *Public Management Review*, 3(4), pp. 593-616.
- Vecchi V. (2008a), «Il Project finance e gli impatti sul profilo di rischio generale dell'azienda sanitaria», *Mecosan*, 65, pp. 127-142.
- Vecchi V. (2008b), «Project Finance e Investimenti sanitari: chi guadagna?», *Economia & Management*, n.5.
- Veillard J, Champagne F, Klazinga N., Kazandjian V, Arah O.A., Guisset A.L. (2005), A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*; 17(6), pp. 487-496.
- Viganò E. (1996), *L'economia aziendale e la ragioneria*, Cedam, Padova.
- Vignati E., Bruno P., (2004) *Balanced Scorecard in Sanità*, Franco Angeli, (seconda Edizione), Milano.
- Voelker K, Rakich J, French G. (2001), The balanced scorecard in healthcare organizations: A performance measurement and strategic planning method. *Hospital Topic Journal*, 79(3): pp. 13–24.
- Voss C, Tsikriktsis N and Frohlich M. (2002), Case research in operations management. *International Journal of Operations & Production Management*, 22(2), pp. 195–219.
- Wallerstein N, Duran B. (2010), Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice

to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100(1), pp. 40-46.

Widdus R. (2001), 'Public private partnerships for health: their main targets, their diversity and their future directions', *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), pp. 713-720.

Williamson O.E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York.

Williamson O.E. (1999). Public and private bureaucracies: A transaction cost economics perspectives. *Journal of law, economics & organization*, 15(1), pp. 306-342.

Wouters M. e Sportel M. (2005), The role of existing measures in developing and implementing performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(11), pp. 1062-1082.

Wynia M., Hasnain-Wynia R., McGlynn E., Brook R. (1996), Assessing Quality of Care: Process Measures vs. Outcomes Measures. *Journal of the American Medical Association*; 276(19), pp. 1551-1552.

Yin, R.K. (1994), *Case-study Research: Design and Methods*..

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (terza edizione). Thousand Oaks, Newbury Park: Sage

Yin, R.K. 2009. *Case-study Research: Design and Methods*. (quarta edizione). Newbury Park: Sage.

Zelman W.N., Blazer D., Gower J.M., Bumgarner P.O., Cancilla L.M. (1999), Issues for academic health centers to consider before implementing a balanced-scorecard effort. *Academic Medicine*, 74(12), pp. 1269-1277.

Zelman W.Z., Pink G.H., Matthias C.B. (2003). Use of the balanced scorecard in health care, *Journal of Health Care Finance*, 29(4), pp. 1–16.

Zhang Z., Wan D., Jia M., Gu L. (2009), Prior ties, shared values and cooperation in public–private partnerships. *Management and Organization Review*; 5(3), pp. 353–374.

Zheng, J., Roehrich, J., Lewis, M. (2008), The dynamics of contractual and relational governance: evidence from long-term public-private procurement arrangements. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 14(1), pp. 43-54.

Sitografia

Boni S. (2007), Quaderno Formez, I sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali, disponibile su:
http://sanita.formez.it/sites/all/files/pdf_quaderno_57.pdf.

Dirindin N.(2002), Integrazione pubblico-privato e outsourcing nel settore della sanità: principi generali, esperienze significative, potenzialità e limiti. disponibile su: <http://www.fga.it/fileadmin/storico/1024-1/CN446.htm>, pp.1-40.

Her Majesty's Treasury (2003), «PFI: meeting the investment challenge», Stationery Office, London. Disponibile su [www. hm-treasury.gov.uk](http://www.hm-treasury.gov.uk).

Istat, Rapporto annuale 2016, disponibile su:
<http://www.istat.it/it/files/2016/05/Ra2016.pdf>

National Audit Office (2003), PFI Construction Performance, The Stationery Office, London. disponibile su: www.nao.org.uk/publications.

NHS Executive (1999) The NHS Performance Assessment Framework The Stationery Office, London, disponibile su:
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009190.

Informazioni inerenti la organizzazione non profit oggetto della ricerca, reperibili su: <http://www.aveponlus.it/>.

Informazioni inerenti l'Istituto di Ricovero e di Cura a carattere scientifico oggetto della ricerca, reperibili su:
http://www.istitutotumori.na.it/IstitutoPascale/Dipartimenti/D_Ematologico/DIP_Ematologico.html.